Accueil

English

Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada :

Le temps d'agir

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

Faits saillants

Le Comité s'inquiète vivement de ce que l'approche actuelle du Canada en matière de protection et de promotion de la santé souffre de graves lacunes que, pour une bonne part, la crise du SRAS a mises en évidence. Plusieurs rapports publiés au cours des dix dernières années ont fait état de ces déficiences. *Le Comité est absolument convaincu que le temps de l'étude est terminé et que le temps d'agir est arrivé.*

Notre rapport traite essentiellement de la structure nécessaire pour renforcer la protection et la promotion de la santé dans les années à venir. Il s'attarde en particulier aux mesures à prendre dans les *douze prochains mois* pour améliorer l'intervention du Canada en cas de flambées épidémiques graves.

Il y a unanimité parmi les scientifiques, les professionnels de la santé, les organisations non gouvernementales et le public canadien quant à la nécessité de créer une Agence de protection et de promotion de la santé d'envergure nationale et sans lien de dépendance avec le gouvernement. Cette nouvelle agence permettrait d'intervenir plus rapidement, plus efficacement et avec plus de souplesse en cas d'urgences sanitaires. *Le Comité est fermement convaincu que la création de l'Agence doit se faire au besoin par décret du conseil, avant la la fin de l'exercice en cours, c'est-à-dire avant le 31 mars 2004.*

Le rapport renferme des recommandations précises sur les aspects suivants : réforme de l'infrastructure, amélioration de la capacité d'intervention, immunisation et prévention des maladies chroniques et financement. Le tableau suivant résume les 12 recommandations que le Comité souhaiterait voir mises en œuvre dans les 12 prochains mois, à savoir :

- Un « système d'alerte médicale » qui préciserait les rôles et responsabilités de chaque ordre de gouvernement et permettrait d'aborder les urgences sanitaires d'une façon rapide, progressive et systématique.
- Un système de surveillance d'envergure nationale et l'octroi *immédiat* de crédits fédéraux supplémentaires pour maintenir et renforcer la surveillance des maladies au Canada.
- La création d'une école virtuelle de santé publique et la mise au point d'un plan de déploiement rapide des ressources humaines en cas d'urgences sanitaires.
- L'amélioration de l'infrastructure actuelle de communication en cas d'urgences sanitaires.
- L'affectation de fonds réservés pour accroître la capacité nationale de recherche dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé.
- Une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques et l'élaboration d'un programme national d'immunisation.

Le Comité tient à souligner qu'à défaut d'une action rapide, la confiance du public dans l'infrastructure canadienne de protection de la santé

sera sérieusement ébranlée. Le gouvernement *doit* honorer ses obligations aussi bien nationales qu'internationales.

Le Comité compte suivre de près l'intervention fédérale relativement aux mesures qu'il recommande de mettre en œuvre d'ici la fin de 2004. Il invitera la ministre de la Santé à venir témoigner à une audience publique l'automne prochain pour faire le point sur la mise en œuvre de ses recommandations.

Résumé du programme d'action du gouvernement

	D'ici 3 mois	D'ici 6 mois	D'ici 12 mois
Surveillance et contrôle des maladies infectieuses	· Se préparer en vue de la prochaine saison des virus respiratoires · Réunion F/P/T au sujet d'un nouveau réseau de contrôle des maladies à déclaration obligatoire	· Investissement pour faciliter les préparatifs immédiats en vue d'une possible réapparition du SRAS	· Investir davantage pour accroître les capacités au niveau local et régional
Agence de protection et de promotion de la santé	· Établir le Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé	· Créer l'Agence de protection et de promotion de la santé par décret du conseil d'ici la fin de l'exercice en cours (31 mars 2004)	· Entreprendre le transfert des ressources matérielles et humaines de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique à l'Agence de protection et de promotion de la santé
Autres programmes et infrastructure		· Accroître le nombre d'inscriptions aux programmes actuellement offerts par les universités et les collègues communautaires dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé	· Établir le Programme national d'immunisation · Créer le système d'alerte médicale · Examen F/P/T des laboratoires de santé publique · Entreprendre des négociations avec Inforoute Santé Canada · Amorcer l'établissement de l'École virtuelle de santé publique

The Senate

Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : *Le temps d'agir*

Rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président :
L'honorable Michael J.L. Kirby

Vice-présidente :
L'honorable Marjory LeBreton

Novembre 2003

This document is available in English

Disponible sur l'Internet Parlementaire :
www.parl.gc.ca
(Travaux des comités – Sénat– Rapports récents)
37e législature – 2e session

104-00701/

Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie

Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : *Le temps d'agir*

Président :
L'honorable Michael J. L. Kirby

Vice-présidente :
L'honorable Marjory LeBreton

NOVEMBRE 2003

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES i
MEMBRES ii
ORDRE DE RENVOI iii
INTRODUCTION 1
CHAPITRE UN : 7
LE CONTEXTE 7
1.1 L'étude antérieure du Comité sur la santé et les soins de santé 7
1.2 Examen de quelques documents 9
1.3 Le rapport Naylor 11
1.4 Point de vue du Comité 13
CHAPITRE DEUX : 19
UNE NOUVELLE AGENCE DE PROTECTIONET DE PROMOTION DE LA SANTÉ 19
2.1 Les avantages d'une agence nationale indépendante 19
2.2 Quel modèle choisir pour la nouvelle agence? 25
2.3 Le mandat de l'APPS et l'échéancier de sa création 29
CHAPITRE TROIS : 33
RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE SURVEILLANCEDES MALADIES ET D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE 33
3.1 Surveillance et contrôle des maladies 35
3.2 Mettre en place un système efficace d'intervention en cas d'urgence sanitaire 38
3.3 Développement des ressources humaines 39
3.4 Laboratoires 41
3.5 Systèmes de technologie de l'information et de communication 42
3.6 Recherche 44
3.7 Mondialisation 45
CHAPITRE QUATRE : 49
IMMUNISATION ET PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES 49
4.1 Prévention des maladies chroniques 49
4.2 Immunisation 51
CHAPITRE CINQ : 55
RÉFORME FINANCIÈRE : UNE APPROCHE PROGRESSIVE 55
5.1 Dépenses fédérales recommandées dans le rapport Naylor 55
5.2 Dépenses fédérales recommandées par le Comité 58
CONCLUSION 61
ANNEXE A 63
LISTE DE RECOMMANDATIONS PAR CHAPITRE 63
ANNEXE B 69
LISTE DES TÉMOINS 69

MEMBRES

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

L'honorable Michael J. L. Kirby, président
L'honorable Marjory LeBreton, vice-présidente

Les honorables sénateurs :

Catherine S. Callbeck
Joan Cook
Jane Marie Cordy
Joyce Fairbairn, P.C.
Wilbert Keon
Viola Léger
Yves Morin
Brenda Robertson
Douglas Roche
Eileen Rossiter

* Sharon Carstairs, P.C. (or Fernand Robichaud)
* John Lynch-Staunton (or Noel A. Kinsella)

L'honorable Marilyn Trenholme Counsell a aussi participé à cette étude.

* *Membres d'office du Comité :*

ORDRE DE RENVOI

Extrait des Journaux du Sénat du mardi le 19 juin 2003 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Kirby, appuyée par l'honorable sénateur Pépin,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier et à faire rapport sur l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que sur la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses. Le Comité sera notamment autorisé à étudier :

- l'état de l'infrastructure sanitaire au Canada et sa gouvernance;
- les attributions des paliers de gouvernement responsables de la santé publique et leur coordination;
- la capacité de contrôle, de surveillance et de tests scientifiques des organismes existants;
- la mondialisation de la santé publique;
- le niveau de financement et de ressources affectés aux infrastructures sanitaires au Canada;
- la performance des infrastructures sanitaires de certains pays;
- la pertinence d'une loi ou d'une agence nationale chargée d'accélérer, de mieux coordonner et de mieux intégrer la réaction aux urgences;
- le rapport du Groupe consultatif Naylor et ses recommandations.

Que le Comité dépose son rapport au plus tard le 31 mars 2004.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul Bélisle

INTRODUCTION

Le Canada doit [...] passer d'une approche « juste à temps » à une autre fondée sur le principe établi de la préparation, de sorte que la capacité de nos services de santé publique suffise pour affronter non seulement les tâches d'aujourd'hui, mais aussi les défis de demain[1].

Le 19 juin 2003, au cours de la deuxième session de la trente-septième législature, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a reçu du Sénat le mandat d'étudier la gouvernance et l'infrastructure du système de protection et de promotion de la santé au Canada, ainsi que la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant des épidémies infectieuses. La décision d'entreprendre cette étude était le résultat de plusieurs événements qui se sont produits concurremment : les flambées épidémiques du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) qui se sont déclarées dans la région métropolitaine de Toronto et à Vancouver il y a quelques mois, la découverte d'un cas unique de vache unique atteinte d'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) en Alberta, les cas confirmés d'infection au virus du Nil occidental (VNO) en Ontario et au Québec et les menaces de terrorisme biologique aux États-Unis.

La mondialisation est une importante source de préoccupation dans ce contexte. La vitesse et le volume croissants des voyages et du commerce international de produits alimentaires (et d'aliments pour les animaux) ont augmenté de façon marquée les risques de propagation rapide de maladies contagieuses graves ou émergentes partout dans le monde.

Fait intéressant, bon nombre des nouveaux risques pour la santé – comme le SRAS, l'ESB et le VNO – sont de zoonoses, c'est-à-dire des maladies qui se transmettent des animaux aux humains. À ce titre, les maladies zoonotiques font ressortir la nécessité d'élargir la portée des activités de protection et de promotion de la santé et, plus particulièrement, l'importance d'établir une collaboration plus étroite entre la sphère de la santé humaine et celle de la santé animale.

Les poussées de SRAS qui se sont produites dans deux des grandes villes du Canada – et surtout la portée et la durée de la crise à Toronto – ont mis en évidence, d'une façon spectaculaire, l'importance critique de la protection des Canadiens contre les maladies infectieuses ainsi que les dangers auxquels le Canada est exposé et les défis qu'il doit relever dans un proche avenir au chapitre de la protection et de la promotion de la santé.

Le SRAS a eu d'énormes répercussions sur les ressources, le personnel de la santé et les hôpitaux. Par-dessus tout, c'est une tragédie qui a coûté la vie à 44 Canadiens,

---

[1] Association canadienne de santé publique, *Public Health – Serving the Public Interest*, mémoire présenté au Comité le 1er octobre 2003, p. 7.

dont deux infirmières et un médecin. Le Comité tient à exprimer ses condoléances aux familles et aux amis des victimes du SRAS. Il espère que le présent rapport ainsi que les études récemment terminées ou actuellement en cours aideront le pays à mieux se préparer pour affronter des crises semblables à l'avenir.

Le Comité tient à exprimer ses condoléances aux familles et aux amis des victimes du SRAS. Il espère que le présent rapport ainsi que les études récemment terminées ou actuellement en cours aideront le pays à mieux se préparer pour affronter des crises semblables à l'avenir.

Le mandat de la présente étude est le suivant :

> *Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à étudier et à faire rapport sur l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique du Canada, ainsi que sur la capacité du Canada de réagir aux urgences sanitaires découlant d'épidémies infectieuses. Le Comité sera notamment autorisé à étudier :*
>
> - *l'état de l'infrastructure sanitaire au Canada et sa gouvernance;*
> - *les attributions des ordres de gouvernement responsables de la santé publique et leur coordination;*
> - *la capacité de contrôle, de surveillance et de tests scientifiques des organismes existants;*
> - *la mondialisation de la santé publique;*
> - *le niveau de financement et de ressources affectés aux infrastructures sanitaires au Canada;*
> - *la performance des infrastructures sanitaires de certains pays;*
> - *la pertinence d'une loi ou d'une agence nationale chargée d'accélérer, de mieux coordonner et de mieux intégrer la réaction aux urgences;*
> - *le rapport du Groupe consultatif Naylor et ses recommandations*[2].

Investi de ce vaste mandat, le Comité a commencé par examiner la documentation préparée par la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement au sujet des questions suivantes : législation fédérale et provinciale sur la santé publique; mesures d'urgence prévues au Canada en cas d'épidémie de maladies infectieuses sérieuses ou émergentes; moyens dont le Canada dispose pour suivre les flambées épidémiques pouvant menacer la santé des Canadiens; exemples d'infrastructure de contrôle et de prévention des maladies (Australie, Royaume-Uni, États-Unis ainsi que le Centre européen envisagé de contrôle et de prévention des maladies); et rôle de l'Organisation mondiale de la santé dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé.

De plus, le Comité a passé en revue différents rapports et documents des dernières années qui ont soulevé des questions fondamentales relatives à l'infrastructure canadienne de protection et de promotion de la santé. Ces rapports et documents comprennent notamment ce qui suit :

---

[2] Débats du Sénat (hansard), 2e session, 37e législature, volume 140, numéro 72, 19 juin 2003.

- Vérificateur général du Canada, *Santé Canada – La surveillance de la santé nationale*, chapitre 2, Rapport de septembre 2002.
- Institut canadien d'information sur la santé et Instituts de recherche en santé du Canada, *Le chemin à parcourir : Une consultation pancanadienne sur les priorités en matière de santé publique et des populations*, mai 2002.
- Association médicale canadienne, *Mémoire au Comité permanent des finances de la Chambre des communes*, consultations prébudgétaires, novembre 2001.
- Association canadienne de santé publique (conseil d'administration), *L'avenir de la santé publique au Canada*, document de discussion, octobre 2001.
- Comité consultatif sur la santé publique, *Survey of Public Health Capacity in Canada – Technical Report*, document établi à l'intention des sous-ministres fédéral-provinciaux-territoriaux de la Santé, mars 2001 (non publié).
- Vérificateur général du Canada, *La gestion d'une épidémie de toxi-infection alimentaire*, chapitre 15, rapport de septembre 1999.
- Vérificateur général du Canada, *La surveillance de la santé nationale : les maladies et les blessures*, chapitre 14, rapport de septembre 1999.
- Groupe d'experts sur les maladies infectieuses émergentes, *Déclaration du Lac Tremblant*, 1994.

Ensuite, le Comité a tenu une série d'audiences au cours desquelles il a entendu un grand nombre de témoins comprenant des fonctionnaires des ministères fédéraux de la Santé et de l'Agriculture, des représentants de l'Agence canadienne d'inspection des aliments et du Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile, des agents provinciaux de la santé publique (Colombie-Britannique, Ontario, Québec, Saskatchewan), des experts et des chercheurs en santé publique, des organismes nationaux du secteur de la santé (Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association canadienne de santé publique, Coalition canadienne pour la santé publique au XXI^{e} siècle), et des représentants des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (US CDC). Le Comité a également entendu le D^{r} David Naylor, doyen de la faculté de médecine de l'Université de Toronto, qui a dirigé les travaux du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. Nous procédons, dans le présent rapport, à une étude soigneuse du rapport Naylor, intitulé *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada*. Au total, le Comité a entendu une trentaine de témoins et a reçu une vingtaine de mémoires écrits.

Le Comité souhaite en outre mentionner la contribution du D^{r} Joseph Losos, directeur de l'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université d'Ottawa. Son expertise et ses connaissances très poussées nous ont été précieuses tout le long de notre étude. Nous lui sommes très reconnaissants de son apport.

Le rapport comprend cinq chapitres. Le chapitre un présente un résumé des conclusions et recommandations du Comité au sujet de la protection et de la promotion de la santé ainsi que de la santé de la population. Il passe également en revue les conclusions des documents pertinents publiés dans les dix dernières années, et notamment le rapport Naylor. Dans la dernière section du chapitre un, le Comité présente des observations sur ces

rapports et donne un aperçu des mesures à prendre en vue d'une réforme et d'un renouvellement de la protection et de la promotion de la santé au Canada.

À partir de l'orientation de la réforme décrite dans l'aperçu à la fin du chapitre un, le comité examine, au chapitre deux, la réforme nécessaire de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé et la façon dont une telle réforme peut être mise en œuvre. Le chapitre évoque en particulier différentes questions liées à l'établissement d'une nouvelle agence nationale de protection et de promotion de la santé.

Le chapitre trois donne le point de vue du Comité sur l'augmentation de la capacité de protection et de promotion de la santé, en insistant particulièrement sur les systèmes de surveillance, les mesures et les interventions d'urgence, les ressources humaines, les laboratoires de santé publique, les technologies de l'information, les communications et la recherche.

Au chapitre quatre, le Comité préconise encore une fois – comme il l'a fait initialement dans son rapport d'octobre 2002 (*Recommandations en vue d'une réforme*) – l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques. Le chapitre quatre traite en outre de la nécessité d'établir un programme national d'immunisation.

Le chapitre cinq présente les recommandations du Comité sur le niveau du financement fédéral requis pour entreprendre la réforme et le renouvellement du système canadien de protection et de promotion de la santé ainsi que sur les mesures à prendre à cet égard dans un avenir rapproché.

Enfin, dans la conclusion du rapport, le Comité met en évidence l'obligation qu'a le gouvernement fédéral d'agir dans les 12 prochains mois pour commencer à combler les lacunes du système canadien de protection et de promotion de la santé. Le Comité établit un échéancier assorti d'objectifs précis à atteindre dans les délais impartis (3, 4, 6 et 12 mois) et affirme son intention de surveiller de près les progrès réalisés à cet égard.

Le Comité met en évidence l'obligation qu'a le gouvernement fédéral d'agir dans les 12 prochains mois pour commencer à combler les lacunes du système canadien de protection et de promotion de la santé. Le Comité établit un échéancier assorti d'objectifs précis à atteindre dans les délais impartis (3, 4, 6 et 12 mois) et affirme son intention de surveiller de près les progrès réalisés à cet égard.

Le présent rapport témoigne donc de la réaction du Comité aux récentes urgences sanitaires et aborde uniquement les questions que celui-ci estime nécessaire d'examiner pour être en mesure d'élaborer un plan d'action pour améliorer la capacité du Canada de faire face à de telles urgences. Le Comité est bien sûr conscient qu'il reste encore beaucoup d'autres questions à prendre en considération en rapport avec la protection et la promotion de la santé. Dans son rapport d'octobre 2002, il fait part de son intention de continuer à se pencher sur d'autres questions touchant la santé dans le cadre d'une série d'études thématiques. Il a interrompu ses travaux sur la santé mentale et la maladie mentale (qu'il compte terminer d'ici le printemps 2005) pour se consacrer à la présente étude sur la protection et la promotion de la santé. Au nombre de ses projets futurs, le Comité compte se

livrer à un examen de la santé de la population; ce qui lui permettra de mener à terme son étude des grandes questions touchant la protection et la promotion de la santé des Canadiens.

Le Comité a délibérément évité d'utiliser l'expression « santé publique » dans le présent rapport. Nous croyons que l'expression est souvent confondue avec « services de santé publics » (la « santé publique » étant interprétée comme l'opposé des « services de santé privés »). C'est pour cette raison que nous parlons de « protection et promotion de la santé ». Nous considérons que la protection et la promotion de la santé comprennent les activités suivantes : surveillance des maladies, prévention des maladies et des blessures, protection de la santé, mesures et interventions en cas d'urgences sanitaires, promotion de la santé et travaux de recherche correspondants.

Le Comité a délibérément évité d'utiliser l'expression « santé publique » ... nous parlons de « protection et promotion de la santé »

CHAPITRE UN :

LE CONTEXTE

Le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique a estimé qu'il y avait beaucoup à apprendre de la crise du SRAS au Canada – en grande partie du fait que de nombreuses autres leçons n'avaient pas été prises en compte auparavant[3].

1.1 L'étude antérieure du Comité sur la santé et les soins de santé

Dans le cadre de son étude des multiples aspects de la santé et des soins de santé, qui s'est étendue sur plusieurs années (1999 à 2002), le Comité a examiné de nombreuses questions entourant la protection et la promotion de la santé, la prévention des maladies et la santé de la population. *Le chemin parcouru* (mars 2001) présentait des renseignements détaillés sur l'état de santé des Canadiens et expliquait le concept des « déterminants de la santé » et celui de la « santé de la population[4] ». Dans *Tendances actuelles et défis futurs* (janvier 2002), le Comité a examiné les tendances dans les domaines des maladies infectieuses, des maladies chroniques, des maladies mentales et des blessures et a souligné le besoin de renforcer la protection de la santé et d'élaborer des stratégies adéquates de prévention de la maladie et de promotion de la santé[5]. Dans son rapport *Questions et options* (septembre 2001), le Comité a reconnu que le gouvernement fédéral a un important rôle à jouer dans les domaines de la protection de la santé, de la prévention des maladies et dans la promotion de la santé et du mieux-être. Il a souligné en outre que les objectifs du gouvernement fédéral dans ces domaines devraient comprendre ce qui suit :

- Protection de la santé de la population : Renforcer notre capacité nationale d'identifier et de réduire les facteurs de risque susceptibles d'entraîner des blessures et des maladies, et réduire le fardeau économique de la maladie au Canada;
- Promotion de la santé et prévention des maladies : Élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes et des politiques ayant pour objectif spécifique d'encourager les Canadiens à adopter des habitudes de vie saines;
- Mieux-être : Encourager les stratégies visant à améliorer la santé de la population en étudiant les effets sur la santé de toute la gamme des déterminants de la santé et en en discutant, notamment les facteurs sociaux, environnementaux, culturels et économiques[6].

---

[3] Rapport Naylor, p. 12.

[4] Chapitre cinq, « L'état de santé et le concept de santé de la population », volume un, *Le chemin parcouru*, mars 2001.

[5] Chapitre quatre, « Tendances de la maladie », volume deux, *Tendances actuelles et défis futurs*, janvier 2002.

[6] Chapitre quatre, « Le rôle du gouvernement fédéral : objectifs et contraintes », volume quatre, *Questions et options*, septembre 2001.

Dans *Recommandations en vue d'une réforme* (octobre 2002), le Comité a souligné que la protection de la santé fonctionne souvent sans attirer l'attention du grand public – surveillance, essais, analyses, interventions, information, promotion et prévention – jusqu'à ce que des événements imprévus surviennent. L'importance de la protection de la santé prend alors rapidement d'énormes proportions. Nous avons également mentionné que cette prise de conscience se fait souvent au prix de grandes souffrances, peut-être même de décès, et de dépenses considérables à cause d'événements qu'il aurait souvent été possible de prévenir[7]. Les récentes flambées de SRAS en témoignent bien.

C'est également dans *Recommandations en vue d'une réforme* que le Comité s'est inquiété de l'insuffisance du financement – souvent instable et incohérent – des interventions de protection de la santé. Nous avons en outre soulevé plusieurs autres questions : la fragmentation du système de protection de la santé; les multiples responsabilités législatives fédérales, provinciales et territoriales qui nécessitent des négociations complexes entre les différents intervenants et entravent une coordination optimale des activités de protection et de promotion de la santé; ainsi que l'absence de responsabilités bien définies et le manque de leadership. Le Comité était particulièrement préoccupé par la faiblesse du financement public dans le domaine de la promotion de la santé, par rapport aux dépenses consacrées aux soins.

Pour faire face à ces préoccupations, le Comité a recommandé que le gouvernement fédéral fasse preuve d'un leadership fort dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé et fournisse des fonds supplémentaires pour soutenir et mieux coordonner et intégrer l'infrastructure de protection de la santé au Canada ainsi que les efforts pertinents de promotion de la santé. Nous avons recommandé que des crédits fédéraux supplémentaires de 200 millions de dollars soient réservés à cet important secteur.

Dans *Recommandations en vue d'une réforme*, le Comité a recommandé que le gouvernement fédéral fasse preuve d'un leadership fort dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé et fournisse des fonds supplémentaires pour soutenir et mieux coordonner et intégrer l'infrastructure de protection de la santé au Canada ainsi que les efforts pertinents de promotion de la santé. Nous avons recommandé que des crédits fédéraux supplémentaires de 200 millions de dollars soient réservés à cet important secteur.

Dans *Recommandations en vue d'une réforme*, le Comité a aussi noté que les maladies chroniques constituent l'une des principales causes de décès et d'invalidité au Canada, que beaucoup de ces maladies sont évitables dans une grande mesure et que le gouvernement fédéral devrait, de concert avec les provinces et les territoires et en consultation avec les principaux intervenants, accorder une haute priorité à la mise en œuvre d'une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques. Nous avons recommandé que le gouvernement contribue au financement de cette stratégie à raison de 125 millions de dollars par an.

---

[7] Chapitre treize, « Une politique publique "pro-santé" - La santé au-delà des soins de santé », volume six, *Recommandations en vue d'une réforme*, octobre 2002.

Nous sommes heureux de noter que le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique mentionne, partout dans son rapport, la contribution de notre Comité. Notre connaissance des questions entourant la protection et la promotion de la santé se fonde sur l'expertise de nombreux organismes et particuliers qui nous ont renseignés par leurs témoignages verbaux et par les mémoires écrits qu'ils nous ont présentés dans les trois dernières années. Nous avons également trouvé de précieux renseignements sur les questions liées à la protection et à la promotion de la santé dans un certain nombre de documents très importants que nous résumons dans la section qui suit. Ces documents ainsi que les témoignages reçus par le Comité appuient fortement les observations et les conclusions du rapport Naylor.

1.2 Examen de quelques documents

Au cours des dix dernières années, c'est-à-dire bien avant l'apparition du SRAS, de nombreux groupes ont préconisé le renforcement de la protection et de la promotion de la santé ainsi que de la capacité de détection, de prévention et de gestion des flambées épidémiques de maladies infectieuses importantes ou émergentes.

En 1994, le groupe d'experts sur les maladies infectieuses émergentes, groupe de travail formé par Santé Canada et composé d'une quarantaine de scientifiques, a publié la *Déclaration du Lac Tremblant*. Ce document signale de nombreux problèmes, dont les questions de compétence, le manque de coordination, l'incompatibilité des systèmes informatiques, les limites des capacités de surveillance, la pénurie d'épidémiologistes, le manque d'analyses de données récentes, le manque de leadership fédéral et le besoin d'un financement fédéral accru.

La *Déclaration du Lac Tremblant* préconise la mise en place d'une stratégie nationale de surveillance et de contrôle des infections émergentes et réémergentes, le soutien et le renforcement de l'infrastructure de santé publique nécessaire pour permettre la surveillance, l'établissement de diagnostics rapides en laboratoire et des interventions opportunes face à des maladies infectieuses émergentes et réémergentes, la coordination et la collaboration en vue de la mise en place d'un programme national de recherche sur ces maladies, une stratégie nationale d'immunisation, un système d'information électronique centralisé sur les rapports de laboratoire afin de surveiller les infections humaines et animales, et le renforcement des capacités d'enquête sur les flambées épidémiques possibles de maladies infectieuses émergentes et réémergentes au Canada[8].

En 1997, la Conférence des sous-ministres de la Santé a demandé au Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population d'entreprendre un examen de l'infrastructure canadienne de protection et de promotion de la santé. Le comité a terminé en 2001 son étude intitulée *Survey of Public Health Capacity in Canada – Technical Report*. Ce rapport inédit présente un aperçu des forces et des faiblesses du système et propose des améliorations de la capacité de protection de la santé au Canada. Parmi ses conclusions, il y a lieu de noter les suivantes :

---

[8] Groupe d'experts sur les maladies infectieuses émergentes, *Déclaration du Lac Tremblant*, 1994.

- Il y a des disparités entre les différentes régions du pays au chapitre de la capacité de protection de la santé.
- On peut constater, aux niveaux supérieurs du gouvernement, un manque de leadership et beaucoup de réticence à affecter des ressources à la protection de la santé.
- L'orientation en matière de protection de la santé est souvent perçue comme étant incohérente parce qu'elle n'est pas toujours fondée sur des preuves scientifiques.
- À tous les paliers de gouvernement, il manque de stratégies soutenues de prévention; de plus, les investissements à long terme dans les efforts de promotion de la santé et de santé de la population sont nettement insuffisants.
- La planification et le développement des ressources humaines sont clairement déficients.
- Pour ce qui est de la surveillance, il y a des faiblesses dans la qualité, la quantité et l'accessibilité des données, et il serait nécessaire de mieux intégrer les systèmes de collecte de données.
- Il manque également de compétences et de connaissances pour analyser et utiliser efficacement les données.
- Enfin – et c'est peut-être là le point le plus important –, « il serait difficile de gérer plus d'une crise à la fois et des crises d'une certaine importance pourraient gravement compromettre les programmes en cours[9] ».

En 1999, puis de nouveau en 2002, le Bureau du vérificateur général du Canada a soulevé des questions critiques au sujet du cadre de collaboration fédéral-provincial-territorial pour la surveillance des maladies infectieuses et la gestion des flambées épidémiques[10] :

- À l'échelle nationale, la surveillance est faible et beaucoup de systèmes ne disposent pas de renseignements actuels, exacts et complets sur les maladies. Pour la vérificatrice générale, cela réduit sérieusement la capacité d'anticiper, de prévenir, de combattre, de surveiller et de contrôler les maladies au Canada.
- Aucune mesure législative ne définit les rôles et les responsabilités des différents ordres de gouvernement ni ne précise les modalités de coopération entre eux. L'absence de modalités officielles de coopération empêche les responsables de réagir rapidement à des situations d'urgence.

---

[9] Comité consultatif sur la santé publique, *Survey of Public Health Capacity in Canada – Technical Report*, document établi à l'intention des sous-ministres fédéral-provinciaux-territoriaux de la Santé, mars 2001 (inédit).

[10] Vérificateur général du Canada, *Santé Canada – La surveillance de la santé nationale*, chapitre 2, Rapport Le Point 2002, septembre 2002; *La gestion d'une épidémie de toxi-infection alimentaire*, chapitre 15, rapport de septembre 1999; *La surveillance de la santé nationale : les maladies et les blessures*, chapitre 14, rapport de septembre 1999.

- En particulier, les provinces et les territoires ne sont obligés de déclarer la plupart des maladies contagieuses ni au gouvernement fédéral ni aux autres provinces et territoires. C'est là un obstacle important à la surveillance, qui peut mettre en danger la santé des Canadiens.
- Santé Canada n'a pas les moyens financiers de maintenir ses systèmes de surveillance des maladies. Ces dernières années, le ministère a reçu de moins en moins de crédits pour la surveillance des maladies infectieuses et chroniques. La vérificatrice générale s'inquiète également de la façon dont Santé Canada évalue ses activités de surveillance de la santé et en rend compte.

1.3 Le rapport Naylor

En mai 2003, après la crise du SRAS, la ministre fédérale de la Santé a formé le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. Le comité, dirigé par le Dr David Naylor, doyen de la faculté de médecine de l'Université de Toronto, a publié son rapport début octobre 2003. Il y énonce un plan d'action global pour modifier de toute urgence l'approche canadienne en matière de protection et de promotion de la santé. Dans son analyse et ses recommandations, le rapport expose un plan clair de réforme et de renouvellement des moyens de déceler, de prévenir et de gérer les flambées épidémiques de maladies infectieuses importantes ou émergentes au Canada.

Le rapport Naylor s'inspire beaucoup des conclusions et recommandations d'études antérieures. Comme le reconnaissent eux-mêmes les membres du Comité consultatif national, « une décennie plus tard, nous formulons des recommandations très semblables dans notre rapport[11] ». Nous présentons ci-dessous un bref résumé des principaux aspects du rapport.

Le rapport Naylor met le doigt sur plusieurs faiblesses systémiques aux niveaux institutionnel, local, provincial-territorial et fédéral, notamment de multiples lacunes graves des systèmes de contrôle, de surveillance et de gestion des maladies. Ces faiblesses résultent de différents facteurs : ressources limitées, pénuries de personnel compétent, manque de préparation et de planification, déficiences des structures organisationnelles, manque d'intégration entre la protection de la santé et le secteur des soins, problèmes de culture politique et insuffisance de la collaboration et des communications entre les différents établissements, organismes et gouvernements.

Le rapport Naylor met le doigt sur plusieurs faiblesses systémiques aux niveaux institutionnel, local, provincial-territorial et fédéral, notamment de multiples lacunes graves des systèmes de contrôle, de surveillance et de gestion des maladies... D'après le rapport Naylor, on pourrait remédier à beaucoup de ces faiblesses, ou du moins les atténuer, en renforçant la présence fédérale dans le domaine grâce à la création d'une agence nationale de protection et de promotion de la santé, qui agirait en toute indépendance du gouvernement.

[11] Rapport Naylor, p. 3.

D'après le rapport Naylor, on pourrait remédier à beaucoup de ces faiblesses, ou du moins les atténuer, en renforçant la présence fédérale dans le domaine grâce à la création d'une agence nationale de protection et de promotion de la santé, qui agirait en toute indépendance du gouvernement. Cette agence, qui serait semblable à bien des égards aux Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, donnerait au gouvernement fédéral la possibilité de mieux appuyer le travail local de contrôle et de prévention des maladies. Elle remettrait au premier plan les points de vue professionnels et scientifiques, éliminerait certaines difficultés de nature politique ou bureaucratique et faciliterait la collaboration entre les professionnels de la protection et de la promotion de la santé des différents ordres de gouvernement. Elle aurait aussi l'avantage de constituer un point central canadien pour la gestion des questions liées à la protection et à la promotion de la santé à nos frontières et pour traiter avec nos partenaires internationaux.

Même si le Comité consultatif national n'avait pas le mandat d'émettre des recommandations précises en matière de financement, il a fourni des estimations très soigneuses du niveau de financement fédéral nécessaire pour renouveler la protection et la promotion de la santé. D'après le rapport Naylor, les fonds *existants* de quelque 300 millions de dollars que Santé Canada consacre à ce domaine devraient immédiatement aller à la nouvelle agence. Un financement fédéral *supplémentaire* de 200 millions de dollars par an est recommandé pour étendre les fonctions de base de la nouvelle agence. De plus, le rapport Naylor recommande d'affecter 500 millions de dollars *de plus* pour renforcer les capacités locales et régionales de protection et de promotion de la santé (300 millions de dollars), augmenter les transferts destinés à la surveillance des maladies transmissibles (100 millions de dollars) et financer une stratégie nationale d'immunisation (100 millions de dollars).

D'après le rapport Naylor, les fonds *existants* de quelque 300 millions de dollars que Santé Canada consacre à ce domaine devraient immédiatement aller à la nouvelle agence. Un financement fédéral *supplémentaire* de 200 millions de dollars par an est recommandé pour étendre les fonctions de base de la nouvelle agence. De plus, le rapport Naylor recommande d'affecter 500 millions de dollars *de plus*.

Comme le note clairement le rapport Naylor, une partie de ces fonds supplémentaires pourrait être prélevée sur les crédits actuellement affectés à des programmes et des initiatives en cours (comme certains investissements de l'Inforoute Santé ou de Développement des ressources humaines Canada).

Le rapport Naylor signale que la collaboration fédérale-provinciale-territoriale dans le domaine des mesures et des interventions en cas d'urgences sanitaires est plus poussée que dans celui de la surveillance de la santé et de la gestion des flambées épidémiques. Cette collaboration a été déclenchée par les attentats terroristes commis aux États-Unis le 11 septembre 2001. Pour accélérer les activités de collaboration en matière de surveillance des maladies infectieuses et de gestion des flambées, le rapport Naylor recommande la création d'un réseau fédéral-provincial-territorial de surveillance des maladies transmissibles. Ce réseau regrouperait les centres d'excellence provinciaux et fédéraux, et notamment le Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique, l'Institut national de

santé publique du Québec et le Laboratoire national de microbiologie établi par le gouvernement fédéral à Winnipeg.

Le rapport Naylor recommande également un examen général intergouvernemental destiné à harmoniser la législation fédérale-provinciale-territoriale relative aux urgences sanitaires. Il propose par ailleurs d'envisager l'adoption d'une loi fédérale sur les urgences sanitaires dont la mise en œuvre serait déclenchée en même temps que les plans d'urgence provinciaux en cas de crise sanitaire d'envergure nationale. Pour le Comité consultatif national, cela permettrait de préciser dans une grande mesure les rôles respectifs des gouvernements lorsqu'une urgence sanitaire touche plusieurs provinces. Le rapport Naylor souligne néanmoins que, même si de nouvelles mesures législatives sont nécessaires à long terme, toutes les mesures immédiates de réforme peuvent être prises sans attendre l'adoption de nouvelles lois et, surtout, la nouvelle agence indépendante peut être créée sous le régime de la loi actuelle.

1.4 Point de vue du Comité

Le Comité félicite le Comité consultatif Naylor pour son étude approfondie et son rapport très complet, qui est probablement le premier de son genre au Canada. Nous appuyons fortement la vision dont ce rapport s'inspire[12]. Nous considérons qu'il définit une approche *pratique* à long terme pour l'amélioration de l'infrastructure et de la gouvernance de la protection et de la promotion de la santé au Canada. Par conséquent, nous appuyons fortement ses recommandations. Le rapport Naylor relève aussi un certain nombre d'initiatives à mettre en œuvre à court terme. Ces mesures sont essentielles pour rétablir la confiance des Canadiens dans la capacité de leurs gouvernements de protéger leur santé, non seulement au lendemain des flambées de SRAS, mais aussi après certains événements tragiques tels que le scandale du sang contaminé et la contamination de l'eau potable à Walkerton.

Le Comité félicite le Comité consultatif Naylor pour son étude approfondie et son rapport très complet... Nous considérons qu'il définit une approche *pratique* à long terme pour l'amélioration de l'infrastructure et de la gouvernance de la protection et de la promotion de la santé au Canada. Par conséquent, nous appuyons fortement ses recommandations.

Le Comité convient très volontiers avec le Comité consultatif Naylor qu'il faut agir immédiatement :

> Le temps n'est pas au relâchement. Le SRAS a été endigué, mais de façon temporaire peut-être, et l'automne et les maladies respiratoires qui l'accompagnent vont nous revenir bientôt. C'est donc dès maintenant que nous

[12] Dans le présent rapport, le Comité se concentre sur les recommandations du rapport Naylor qui s'attardent plus particulièrement au rôle du gouvernement fédéral. Nous n'avons pas examiné les conclusions et recommandations du rapport Naylor portant sur les questions à caractère provincial/territorial et local.

devons entreprendre les travaux nécessaires pour améliorer le système de santé publique et mieux équiper nos services cliniques[13].

Par conséquent, le premier objectif du présent rapport est de définir les mesures *initiales* à prendre pour favoriser la réforme et le renouvellement de la protection et de la promotion de la santé au Canada. De ce fait, le rapport traite essentiellement de la structure nécessaire pour renforcer la protection et la promotion de la santé dans les années à venir ainsi que des mesures à prendre *dans les 12 prochains mois* pour affronter de graves flambées épidémiques de maladies infectieuses. Comme les grandes catastrophes nationales, ces flambées ont une portée nationale qui nécessitent un leadership fédéral. De l'avis du Comité, ces mesures doivent porter sur les domaines suivants : réforme structurelle, renforcement des capacités, vaccination et prévention des maladies chroniques et financement.

Le premier objectif du présent rapport est de définir les mesures *initiales* à prendre pour favoriser la réforme et le renouvellement de la protection et de la promotion de la santé au Canada.

Sur le plan de la réforme structurelle, nous recommandons avec insistance la création d'une agence de protection et de promotion de la santé d'envergure nationale. Comme de nombreux témoins, nous croyons qu'un organisme national unique et crédible contribuerait grandement à régler le problème que pose la fragmentation actuelle de la protection et de la promotion de la santé. Une autorité nationale unique améliorerait également la préparation et faciliterait la réaction aux urgences sanitaires d'une façon mesurée et à l'abri de l'influence politique et bureaucratique.

Sur le plan de la réforme structurelle, nous recommandons avec insistance la création d'une agence de protection et de promotion de la santé d'envergure nationale.... Comme première mesure, nous recommandons que toutes les fonctions et activités actuellement confiées à la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (Santé Canada) relèvent d'un nouvel organisme.

Comme première mesure, nous recommandons que toutes les fonctions et activités actuellement confiées à la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (Santé Canada) relèvent d'un nouvel organisme, qui peut être créé par décret et qui pourrait être régi au départ par un Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé ayant pour fonctions de donner des conseils sur la législation, le mandat et la gouvernance de la nouvelle Agence. Le Bureau en question devrait s'acquitter de ses fonctions le plus rapidement possible.

La réforme structurelle envisagée doit comprendre un « système d'alerte médicale » qui préciserait les rôles et responsabilités de chaque ordre de gouvernement et permettrait d'aborder les urgences sanitaires d'une façon rapide, progressive et systématique.

[13] Rapport Naylor, p. 21.

Le Comité convient en outre avec l'Association médicale canadienne et le Comité consultatif Naylor que la réforme structurelle envisagée doit comprendre un « système d'alerte médicale » qui préciserait les rôles et responsabilités de chaque ordre de gouvernement et permettrait d'aborder les urgences sanitaires d'une façon rapide, progressive et systématique. Une fois qu'elle aura été créée, l'Agence de protection et de promotion de la santé pourrait être chargée d'élaborer, en priorité, un protocole d'entente avec les gouvernements provinciaux-territoriaux sur la mise en œuvre de ce système d'alerte médicale.

Le renforcement des capacités est une notion assez vaste qui s'étend à plusieurs secteurs : systèmes de surveillance, mesures et interventions d'urgence, ressources humaines, laboratoires de santé publique, technologies de l'information, communications et recherche. Le Comité croit qu'un système de surveillance d'envergure nationale doit constituer un élément fondamental de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé. Un solide système national de surveillance des maladies permettrait de diffuser en temps réel dans tout le pays des renseignements sur les cas de maladies à déclaration obligatoire. Le Comité croit que le gouvernement fédéral doit *immédiatement* fournir des crédits supplémentaires pour maintenir et renforcer la surveillance des maladies au Canada.

Le Comité croit qu'un système de surveillance d'envergure nationale doit constituer un élément fondamental de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé.... Le Comité croit que le gouvernement fédéral doit *immédiatement* fournir des crédits supplémentaires pour maintenir et renforcer la surveillance des maladies au Canada.

Les ressources humaines constituent aussi un élément essentiel d'une infrastructure efficace de protection et de promotion de la santé. À l'heure actuelle, les effectifs de protection de la santé sont extrêmement réduits au Canada. Le Comité convient avec de nombreux témoins que, pour avoir à long terme un effectif suffisant de protection de la santé, il faudrait créer une école virtuelle de santé publique, qui tirerait parti des points forts des départements actuels de certains collèges et universités. De plus, il faudrait mettre au point un plan de déploiement rapide des ressources humaines en cas d'urgences sanitaires, ce qui nécessitera une « réserve » ou capacité d'appoint de professionnels de la santé pleinement qualifiés (que nous appelons également équipes d'intervention en cas d'urgences sanitaires ou EISU).

Une infrastructure efficace de protection et de promotion de la santé nécessite également une solide capacité de diffusion de renseignements de bonne source et fondés sur des données probantes au moment opportun. Le Comité est d'accord avec de nombreux témoins sur la nécessité d'améliorer l'infrastructure actuelle de communication pour assurer des échanges d'information efficaces à tous les niveaux de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé.

De plus, le Comité convient avec le Comité consultatif Naylor que la nouvelle agence devrait réserver des fonds pour accroître la capacité nationale de recherche

dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé. Nous croyons que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent se rendent compte du fait que la recherche est un élément de base de la protection et de la promotion de la santé et lui assurer un financement suffisant.

Le Comité insiste, une fois de plus dans ce rapport, sur la nécessité d'une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques et exprime son appui pour l'élaboration d'un programme national d'immunisation. Nous recommandons que ces deux initiatives soient confiées à l'Agence de protection et de promotion de la santé.

Enfin, comme il l'a dit dans ses rapports antérieurs, le Comité croit fermement qu'il est nécessaire d'examiner les modalités de financement de la réforme. Nous convenons avec le Comité consultatif Naylor que les changements dont nous avons besoin *ne peuvent être réalisés* que si le gouvernement fédéral *ajoute* de nouveaux crédits au financement existant. De plus, nous appuyons fortement le point de vue exprimé dans le rapport Naylor et par de nombreux témoins : les transferts fédéraux à d'autres ordres de gouvernement et d'autres organismes doivent être ciblés, et les bénéficiaires de ces transferts, qu'il s'agisse de gouvernements, d'organismes ou de particuliers, doivent rendre compte de leur utilisation des fonds fédéraux.

Le Comité insiste, une fois de plus dans ce rapport, sur la nécessité d'une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques et exprime son appui pour l'élaboration d'un programme national d'immunisation.

Nos observations, conclusions et recommandations relatives à la réforme structurelle, au renforcement des capacités, à la vaccination et à la prévention des maladies chroniques ainsi qu'au financement figurent dans les quatre chapitres suivants.

Le Comité croit fermement que c'est maintenant *le temps d'agir*. En effet, comme l'a si bien dit le D[r] Sunil Patel, président de l'Association médicale canadienne :

Le Comité croit fermement que c'est maintenant *le temps d'agir*.

Maintenant plus que jamais, nous avons besoin de leadership. Nous ne pouvons prendre le risque d'attendre le prochain SRAS[14].

Il y a un large consensus et souvent l'unanimité parmi les scientifiques, les professionnels de la santé, les organisations non gouvernementales et le public canadien sur les

L'inaction au niveau fédéral serait jugée totalement inacceptable. Le gouvernement fédéral *doit* honorer ses obligations aussi bien nationales qu'internationales.

[14] Association médicale canadienne, « L'AMC et le Comité consultatif national sur le SRAS exhortent les gouvernements à agir », communiqué, 7 octobre 2003 (disponible sur Internet à www.cma.ca).

changements nécessaires pour réaliser la réforme de l'infrastructure et de la gouvernance de la protection et de la promotion de la santé. Nous devons en profiter pour aller de l'avant.

Le Comité tient à souligner qu'à défaut d'une action rapide, la confiance du public dans l'infrastructure canadienne de protection de la santé sera sérieusement ébranlée. Par conséquent, l'inaction au niveau fédéral serait jugée totalement inacceptable. Le gouvernement fédéral *doit* honorer ses obligations aussi bien nationales qu'internationales. C'est la raison pour laquelle nous présentons, dans les chapitres qui suivent, un chemin critique d'action, de même que des points de repère par rapport auxquels on peut mesurer les progrès réalisés.

CHAPITRE DEUX :

UNE NOUVELLE AGENCE DE PROTECTIONET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

La nouvelle agence fournirait les compétences et assurerait la coordination nécessaire dans le cadre d'un système pancanadien intégré de santé publique. Elle devrait être indépendante du gouvernement et relever du Parlement par l'entremise du ministre de la Santé. Elle devrait se fonder sur les centres d'excellence qui existent actuellement dans le pays, y compris les centres régionaux, et devrait être habilitée à engager des dépenses pour favoriser l'action des municipalités, des provinces et des organisations non gouvernementales[15].

Nous examinons dans ce chapitre la nature des réformes structurelles nécessaires pour renforcer la capacité du Canada d'affronter les urgences sanitaires partout dans le pays et de jeter les fondements institutionnels d'un meilleur système de protection et de promotion de la santé des Canadiens. Nous étudions d'abord les motifs de la création d'une nouvelle agence nationale indépendante du gouvernement Nous évaluons ensuite les modèles possibles pour aboutir à la conclusion que nous privilégions le modèle proposé dans le rapport Naylor. Nous présentons enfin un aperçu du mandat que le Comité envisage pour la nouvelle agence et les mesures à prendre immédiatement pour en faire une réalité.

2.1 Les avantages d'une agence nationale indépendante

Beaucoup de témoins ont expliqué au Comité les grands avantages d'une nouvelle agence de protection et de promotion de la santé qui jouirait d'une plus grande autonomie que l'actuelle Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada. Pour le Comité, il importe de ne pas interpréter les observations des témoins, ni d'ailleurs ses propres observations à cet égard, comme des critiques du travail professionnel et dévoué du personnel chargé de la santé publique au sein de Santé Canada. Nous devons plutôt considérer que les enseignements tirés des événements qui ont entouré les flambées de SRAS mettent en évidence les faiblesses systémiques des structures établies pour protéger la santé des Canadiens.

Les témoins ont dit à maintes reprises que le Canada ne commence pas à zéro lorsqu'il envisage d'améliorer son infrastructure de protection et de promotion de la santé. Le Comité a appris que, même s'il est exagéré de dire que le pays possède un système de protection coordonné, il dispose néanmoins de ressources considérables aux niveaux fédéral, provincial-territorial et local. Par conséquent, le problème découle du manque de coordination et de l'absence d'un point central de décision en cas d'urgences sanitaires et il est clair qu'une partie de la solution réside dans l'établissement d'une plus grande collaboration.

---

[15] Association canadienne de santé publique, mémoire au comité, p. 8.

Les ressources les plus importantes sont concentrées dans la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP) de Santé Canada. À l'heure actuelle, la DGSPSP comprend le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, le Centre de mesures et d'interventions d'urgence, le Centre de coordination de la surveillance et le Centre de développement de la santé humaine. La DGSPSP supervise également les activités du Laboratoire national de microbiologie de Winnipeg et du Laboratoire de lutte contre les zoonoses d'origine alimentaire de Guelph.

Même si l'intervention fédérale dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé relève en majeure partie de la DGSPSP , d'autres services de Santé Canada ainsi que d'autres ministères et organismes fédéraux y jouent différents rôles. C'est le cas, par exemple, de la Direction générale des produits de santé et des aliments et de la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs de Santé Canada, ainsi que de l'Agence canadienne d'inspection des aliments et du Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile, qui relèvent tous deux de ministères fédéraux autres que Santé Canada.

Dans le reste du pays, la capacité et les ressources de protection et de promotion de la santé sont très variables, de même que l'organisation des services correspondants. Beaucoup de témoins ont mentionné l'Institut national de santé publique du Québec et le Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique comme modèles provinciaux d'approche coordonnée et intégrée de la protection et de la promotion de la santé.

Comme nous l'avons brièvement noté au chapitre précédent, l'approche globale canadienne de protection et de promotion de la santé souffre de lacunes importantes que la crise du SRAS a mises en évidence. S'il est vrai qu'on ne peut pas douter du courage, de la compétence et du dévouement des travailleurs de première ligne du domaine de la santé, il faut reconnaître que ces travailleurs ont été obligés d'improviser à différentes occasions où ils auraient dû pouvoir compter sur des procédures, des protocoles et des ressources prévus d'avance.

Comme le signale le rapport Naylor, la réaction à la crise du SRAS a révélé de nombreuses lacunes systémiques graves, notamment[16] :

- une absence de capacité d'appoint dans les systèmes cliniques et de santé publique;
- une difficulté à faire faire rapidement des tests de laboratoire et à obtenir les résultats;
- une absence de protocoles sur le partage des données ou de l'information entre les différents ordres de gouvernement;
- une insuffisance de la capacité à mener des enquêtes épidémiologiques;

[16] Rapport Naylor, p. 1.

- un manque de coordination dans les processus administratifs entre les établissements et les administrations pour gérer la flambée épidémique et répondre à l'urgence;
- une faiblesse des liens entre le système des services de santé publique et les services individuels de santé, notamment les soins primaires et les soins en établissement et à domicile.

Dans un rapport de consultation présenté au Comité, la Coalition canadienne pour la santé publique au XXIe siècle a également mis en cause l'insuffisance du financement, les pénuries de main-d'œuvre et le manque de coordination entre les différents ordres de gouvernement comme principaux obstacles à l'établissement de politiques et de services adéquats de protection et de promotion de la santé au Canada[17].

De quelle façon, par conséquent, la création d'une agence nationale indépendante du gouvernement peut-elle faire une différence?

Les témoins ont évoqué de nombreux points à cet égard, mais ils ont été unanimes dans leur insistance sur la nécessité d'une nouvelle agence. Leurs motifs peuvent être regroupés sous sept catégories. À leur avis, une agence nationale indépendante de protection et de promotion de la santé aurait les avantages suivants :

Une agence nationale indépendante de protection et de promotion de la santé aurait les avantages suivants :

- ***Concentrer les ressources fédérales***
- ***Renforcer la collaboration parmi les différents ordres de gouvernement et les fournisseurs***
- ***Favoriser l'intégration des activités de protection et de promotion de la santé***
- ***Permettre des interventions plus opportunes et plus flexibles en réaction aux urgences sanitaires***
- ***Améliorer et cibler la communication***
- ***Offrir un horizon de planification à plus long terme***
- ***Faciliter le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé***

1. *Concentrer les ressources fédérales.* Une nouvelle agence permettrait au gouvernement fédéral de mieux appuyer le travail local de contrôle et de prévention des maladies et constituerait un point de convergence clair pour la gestion des questions de santé à nos frontières et pour traiter avec la communauté internationale.
2. *Renforcer la collaboration parmi les différents ordres de gouvernement et les fournisseurs.* Une nouvelle agence permettrait de mieux préciser les responsabilités parmi les différents ordres de gouvernement. Elle favoriserait aussi une plus grande collaboration entre les professionnels fédéraux et provinciaux de la protection et de la promotion de la santé parce que les représentants fédéraux, n'étant pas fonctionnaires de Santé Canada, auraient plus de latitude dans leur interaction avec leurs homologues provinciaux.
3. *Favoriser l'intégration des activités de protection et de promotion de la santé.* Une nouvelle agence rendrait disponibles des ressources grâce à l'affectation de personnel dans des

[17] "A Consultation Report on Current Public Health Issues", document présenté au Comité le 16 octobre 2003 par la Coalition canadienne pour la santé publique au XXIe siècle, p. 5.

organisations provinciales ou régionales et à l'utilisation de ses ressources financières pour contribuer au financement de l'intégration des activités parmi les différents ordres de gouvernement. Elle pourrait ainsi inciter les autres ordres de gouvernement à investir de façon à réaliser une plus grande uniformité et une plus grande cohérence dans les interventions de protection et de promotion de la santé.

4. *Permettre des interventions plus opportunes et plus flexibles en réaction aux urgences sanitaires.* Une nouvelle agence serait conçue pour avoir la capacité d'agir plus rapidement et plus efficacement qu'il n'est possible de le faire au sein d'un ministère. Le processus décisionnel serait plus rapide, n'étant soumis que dans une moindre mesure aux lourdes procédures d'un grand ministère fédéral. M. Ron Zapp, directeur exécutif du Centre for Disease Control de la Colombie-Britannique, a dit au Comité que c'était là l'expérience qu'il avait lui-même vécue dans un organisme autonome : « Nous avons la possibilité d'intervenir rapidement. Le ministère, lui, doit agir avec une plus grande prudence quand il prend des mesures »[18].

5. *Améliorer et cibler la communication.* La concentration des ressources au sein de la nouvelle agence permettrait de mettre en commun l'expérience acquise au chapitre de la communication avec les responsables de la protection de la santé et avec le grand public. Les messages transmis seraient plus uniformes. Comme nous avons pu le constater lors de la crise du SRAS, il est crucial de communiquer de façon professionnelle et coordonnée pour conserver une crédibilité aux yeux du public et des partenaires internationaux. De même, la mise en place au Canada de systèmes de renseignements améliorés permettrait d'acheminer l'information à l'agence pour qu'elle la transmette ensuite rapidement aux premières lignes.

6. *Offrir un horizon de planification à plus long terme.* La nouvelle agence devrait être conçue de façon à ne pas être liée par le cycle de planification annuelle du gouvernement, mais à pouvoir planifier en fonction de risques à plus long terme, comme des maladies chroniques sur une période de 15 ou 20 ans.

7. *Faciliter le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé.* Une nouvelle agence serait en meilleure position pour recruter le type de scientifiques dont le pays a besoin pour pouvoir se doter d'un système de protection et de promotion de la santé de calibre véritablement mondial. De plus, ce milieu de travail offrirait aux professionnels et aux scientifiques un cheminement de carrière plus intéressant dans ce domaine que ce n'est le cas à l'heure actuelle.

Dans les chapitres subséquents, nous nous pencherons sur les mesures qu'une nouvelle agence pourrait prendre pour concrétiser les avantages décrits dans les sept rubriques susmentionnées. Il est toutefois utile d'essayer d'imaginer comment une telle agence aurait pu influencer le cours réel des récents événements si elle avait existé au moment de la crise du SRAS. Dans son témoignage devant le Comité, le Dr Naylor a expliqué comment les choses auraient pu se passer s'il y avait eu une épidémie de SRAS ou une quelque autre flambée épidémique dans une petite province comme l'Île-du-Prince-Édouard, et qu'une agence nationale avait été en place. L'intervention du Dr Naylor mérite d'être résumée en détail :

---

[18] *Délibérations du Comité*, 25 septembre 2003.

D'abord, dans cet autre monde imaginaire et idéal, l'agence assurerait un suivi permanent des incidents nationaux et internationaux, en plus de créer et d'entretenir des systèmes de surveillance généraux permettant de déceler les risques potentiels. Si de nouveaux cas de SRAS commençaient à se déclarer, l'alerte serait donnée à grande échelle. Dès la première manifestation de l'agent infectieux à Berlin, à Singapour ou ailleurs, une série d'avertissements seraient lancés à travers le monde pour dire que le virus X ou la bactérie B est en recrudescence. Ces avertissements seraient ensuite rapidement et activement transmis grâce aux systèmes canadiens de santé publique et de soins de santé. Les médecins-conseils en santé publique et les directeurs des soins de santé recevraient immédiatement des avertissements de la part de la nouvelle agence et de l'agent de santé publique du Canada en cas de problème.

S'il y avait un intermédiaire reconnu, on se reporterait alors à un protocole bien compris et convenu pour savoir ce qu'il convient de faire en pareil cas. Il y aurait aussi un ensemble commun de processus administratifs sur les modes d'intervention. Ainsi, plutôt que d'improviser au fur et à mesure, les répondants de première ligne s'en remettraient à un consensus national sur les pratiques exemplaires. S'il y avait un nouvel intermédiaire, dès que le gouvernement de l'Île-du Prince-Édouard appellerait à l'aide, celui-ci offrirait un soutien sur place en fonction des protocoles déjà en vigueur en matière de collaboration.

L'amélioration de l'intervention dépend donc d'une combinaison de facteurs. Toutes les provinces et tous les territoires au Canada pourraient compter sur un meilleur soutien technique de la part du gouvernement fédéral. Grâce aux processus et aux plans convenus, de même qu'aux ententes réciproques de collaboration conclues avec d'autres instances, tous les éléments seraient en place pour assurer l'efficacité de l'intervention. Les intervenants concernés ne se retrouveraient plus dans une situation où ils doivent partir de rien. Il faudrait encore combler certaines lacunes et bon nombre de choses devraient être comprises et analysées, mais les protocoles et les processus nécessaires à l'Île-du-Prince-Édouard seraient déjà en place pour enrayer l'épidémie.

Le partage des coûts engagés pour faire face à une telle situation dépendrait de la nature de l'épidémie. Il est clair qu'il incomberait à la province en situation d'urgence de décider s'il y lieu ou non de faire appel à l'équipe d'intervention d'urgence. Selon la nature de la menace, cette intervention serait financée par la province elle-même, ou serait cofinancée[19].

Le Comité a aussi été impressionné par le fait que le modèle d'agence distincte vouée à la protection et à la promotion de la santé gagne en popularité à l'échelle

Le Comité a aussi été impressionné par le fait que le modèle d'agence distincte vouée à la protection et à la promotion de la santé gagne en popularité à l'échelle internationale.

[19] *Voir les Délibérations du Comité*, 9 octobre 2003.

internationale. Bien sûr, le modèle exemplaire d'agence indépendante demeure, à bien des égards, le Centres for Disease Control and Prevention, qui a son siège social à Atlanta, aux États-Unis.

En Grande-Bretagne, on a créé en avril 2003 une agence de protection de la santé (Health Protection Agency) pour l'Angleterre et le pays de Galles. Cette agence réunit en une seule organisation tous les spécialistes responsables des questions de santé publique liées à la prévention et au contrôle des maladies transmissibles aux échelons local, régional et national. Créée à l'origine à titre d'administration sanitaire spéciale, elle est par la suite devenue un organisme public non ministériel.

Au niveau européen, un plan visant la création d'un Centre européen pour le contrôle des maladies a été approuvé par la Commission européenne en juillet 2003 et attend maintenant d'être adopté par le Parlement européen. Le nouveau centre prendra le relais de l'actuel réseau de surveillance des maladies transmissibles et du système d'alerte et d'intervention rapides, mais laissera aux États membres la responsabilité d'intervenir. La nouvelle structure vise à coordonner plus efficacement les interventions des 15 différents systèmes de protection et de promotion de la santé et à permettre l'adoption d'une approche structurée et systématique à l'égard du contrôle des maladies transmissibles.

Le Comité tient à souligner que pas un seul témoin n'a contesté le potentiel d'une agence indépendante pour ce qui est d'améliorer la capacité du Canada de prévoir les urgences sanitaires et d'y faire face, et de contribuer positivement à la santé des Canadiens. Le Comité a recueilli des témoignages de particuliers et d'organismes représentant l'ensemble des intervenants en matière de protection et de promotion de la santé.

En résumé, le Comité est fermement convaincu, au même titre que tous les témoins entendus, qu'une nouvelle agence indépendante permettrait d'intervenir plus rapidement, plus efficacement et avec plus de souplesse en cas d'urgences sanitaires. Elle créerait aussi un climat propice à une plus grande collaboration entre l'ensemble des instances gouvernementales; ce qui renforcerait d'autant la capacité de protéger et promouvoir la santé de tous les Canadiens.

En résumé, le Comité est fermement convaincu, au même titre que tous les témoins entendus, qu'une nouvelle agence indépendante permettrait d'intervenir plus rapidement, plus efficacement et avec plus de souplesse en cas d'urgences sanitaires. Elle créerait aussi un climat propice à une plus grande collaboration entre l'ensemble des instances gouvernementales; ce qui renforcerait d'autant la capacité de protéger et promouvoir la santé de tous les Canadiens.

Bien qu'on s'entende en principe sur les avantages d'une nouvelle agence indépendante, différents modèles ont été proposés et nous allons maintenant tenter de déterminer quelle serait la meilleure option possible à cet égard.

2.2 Quel modèle choisir pour la nouvelle agence?

L'une des principales questions à se poser pour choisir un modèle pour la nouvelle agence a trait à la façon d'en arriver à un juste équilibre qui permette à l'agence de fonctionner indépendamment du gouvernement et de quand même pouvoir intégrer les activités de protection et de promotion de la santé aux services offerts ailleurs dans le système de soins de santé

L'une des principales questions à se poser pour choisir un modèle pour la nouvelle agence a trait à la façon d'en arriver à un juste équilibre qui permette à l'agence de fonctionner indépendamment du gouvernement et de quand même pouvoir intégrer les activités de protection et de promotion de la santé aux services offerts ailleurs dans le système de soins de santé. De nombreux témoins ont insisté sur le fait que si l'épidémie de SRAS a fait ressortir la nécessité d'une agence indépendante, elle a aussi démontré à quel point il est important que les deux secteurs, à savoir celui de la protection de la santé et celui des soins actifs, unissent leurs efforts pour faire face aux urgences sanitaires. La flambée de SRAS a aussi mis en évidence la nécessité d'une étroite collaboration avec le secteur des soins vétérinaires, étant donné que les porteurs d'agents infectieux peuvent être aussi bien des animaux que des humains.

Par ailleurs, des témoins ont insisté sur l'importance de toujours envisager l'intégration par l'ensemble du système de soins de santé des préoccupations relatives à la protection de la santé à celles touchant la prestation des services. Par exemple, le Dr Richard Massé, directeur de l'Institut national de santé publique du Québec, a expliqué au Comité comment le Québec a tenté d'intégrer la protection et la promotion à l'intérieur du réseau de cliniques communautaires (CLSC) déjà existant dans la province. Le Dr Massé a également insisté sur la nécessité de renforcer les capacités de l'ensemble du système de soins de santé afin d'être pleinement prêts à faire face aux urgences sanitaires[20].

L'un des autres aspects crucial à considérer au moment de réfléchir à la conception d'une nouvelle agence concerne la nécessité absolue d'une collaboration étroite entre cette nouvelle entité, les autres instances gouvernementales ainsi que les professionnels de la santé à l'intérieur et à l'extérieur de la fonction publique. Cette interaction fait aussi intervenir des personnes, des agences et des ministères dont la vocation principale concerne un domaine autre que la santé. À cet égard, il est clair que la santé des Canadiens ne peut être protégée par le seul système de soins de santé travaillant en vase clos. L'intervention ou la non-intervention de bon nombre d'autres secteurs influence grandement notre santé. Par exemple, nous ne sommes pas à l'abri des maladies transmissibles si l'eau que nous buvons n'est pas sûre, pas plus que nous le sommes des maladies respiratoires si l'air que nous respirons est pollué. De même, nous ne sommes pas prémunis contre les maladies dont les animaux sont porteurs et qui peuvent se transmettre aux humains.

Le Comité Naylor et l'Association médicale canadienne (AMC) ont examiné les différentes options possibles pour ce qui est de la structure de la nouvelle agence. Dans

---

[20] *Délibérations du Comité*, 25 septembre 2003.

son mémoire au Comité, l'AMC donne un résumé utile des trois principaux choix offerts à cet égard[21] :

1. *Entité ministérielle fédérale :* Selon ce scénario, la législation fédérale créerait la nouvelle agence comme une direction générale ou un organisme relevant d'un ministère et le ministre de la Santé serait chargé de sa gestion et de son orientation générales. Le chef de l'agence devrait rendre compte au ministre de la qualité de la gestion et des conseils fournis par celle-ci et de toutes mesures prises par ses représentants. La principale différence par rapport à ce qui existe déjà serait que l'agence serait une entité distincte relevant du ministre de la Santé, contrairement à la structure actuelle où la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique est une entité du ministère. Au Canada, l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) est un exemple de ce genre de structure, tandis que les U.S. Centres for Disease Control and Prevention en sont un autre exemple ailleurs dans le monde. Ce modèle permet aussi de regrouper les capacités de plusieurs ministères en une seule agence, comme cela s'est fait avec la création de l'ACIA.

2. *Organisme national autonome :* Cette option consiste à constituer l'agence en entité sans but lucratif, dont les gouvernements fédéral et provinciaux seraient les membres/actionnaires. Sa structure s'apparenterait à celle d'une entreprise dirigée par un conseil d'administration et le médecin-hygiéniste en chef de la protection et de la promotion de la santé au Canada en serait le chef de la direction. Au lieu de rendre compte directement au Parlement, l'agence serait toutefois comptable à la Conférence des ministres F/P/T de la Santé. L'adoption de cette structure marquerait un changement plus radical par rapport aux arrangements actuels et l'agence fonctionnerait davantage comme une coentreprise avec les provinces et les territoires. C'est de ce modèle dont on s'est inspiré pour créer la Société canadienne du sang, l'Institut canadien d'information sur la santé et Inforoute Santé Canada.
3. *Organisme fédéral indépendant :* Une troisième option consisterait à créer une entité plus indépendante relevant du gouvernement fédéral. Selon ce scénario, l'agence serait structurée comme une entreprise dont le conseil d'administration détiendrait les pouvoirs décisionnels. Le conseil devrait en retour rendre compte au Parlement et à la population de l'exercice des pouvoirs en question. Le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé du Canada en serait le chef de la direction et en surveillerait le fonctionnement quotidien. L'agence serait créée par une nouvelle mesure législative fédérale, mais elle demeurerait dans le portefeuille de la Santé et devrait rendre compte au Parlement par l'intermédiaire du ministre fédéral de la Santé. Au Canada, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies est un exemple d'organisme fonctionnant selon ce genre de structure[22]. À l'étranger, le R.-U. a adopté ce modèle pour son agence de protection de la santé (Health Protection Agency).

---

[21] Association médicale canadienne, *Mémoire de l'AMC sur l'infrastructure et la gouvernance du système de santé publique au Canada*, mémoire au Comité, 8 octobre 2003, p. 8.

[22] L'AMC et le rapport Naylor ont des points de vue légèrement divergents quant à la catégorie qui décrit le mieux les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). L'AMC estime qu'ils appartiennent à la troisième catégorie, tandis que Naylor les classe dans la première catégorie. Ce différend n'influe aucunement sur l'évaluation que fait le Comité de la

Pour décider lequel de ces différents modèles retenir, il est très important pour le Comité de considérer en dernière analyse la rapidité avec laquelle la nouvelle agence pourra être créée. Le Comité est convaincu que l'alignement des forces favorise la création rapide d'une nouvelle agence et qu'il est essentiel de profiter de ces conditions propices et d'agir *maintenant*.

Pour décider lequel de ces différents modèles retenir, il est très important pour le Comité de considérer en dernière analyse la rapidité avec laquelle la nouvelle agence pourra être créée. Le Comité est convaincu que l'alignement des forces favorise la création rapide d'une nouvelle agence et qu'il est essentiel de profiter de ces conditions propices et d'agir *maintenant*.

De ce point de vue, si la création d'une nouvelle agence dépend de la conclusion d'une entente entre de multiples instances gouvernementales, il y a tout lieu de croire qu'il sera impossible d'en accélérer la mise en place. Pour mesurer la difficulté posée par ce genre d'entreprise, il suffit de songer à la tortueuse période de gestation par laquelle passe actuellement la création d'un nouveau Conseil national de la santé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. De l'avis du Comité, cette considération écarte presque entièrement la deuxième des trois options décrites ci-dessus.

Le Comité reconnaît aussi qu'il n'y a guère de différence entre le premier et le troisième modèles proposés. La principale différence tient au fait que le troisième modèle suppose la mise en place d'une structure qui s'apparente davantage à celle d'une société indépendante faisant rapport au Parlement plutôt qu'à un ministre en particulier. Le Comité Naylor recommande d'opter pour la première option, tandis que l'AMC privilégie la troisième. Le Comité abonde dans le même sens que le rapport Naylor, à savoir qu'une agence indépendante distincte faisant rapport au ministre fédéral de la Santé constitue la meilleure option. C'est surtout la voie la plus rapide pour créer l'agence et c'est aussi le moyen le plus facile d'intégrer les activités actuellement menées par la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada aux responsabilités de l'agence.

Le Comité abonde dans le même sens que le rapport Naylor, à savoir qu'une agence indépendante distincte faisant rapport au ministre fédéral de la Santé constitue la meilleure option. C'est surtout la voie la plus rapide pour créer l'agence et c'est aussi le moyen le plus facile d'intégrer les activités actuellement menées par la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada aux responsabilités de l'agence.

Le Comité a recueilli des témoignages selon lesquels l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), qui est l'exemple type du modèle proposé, dispose d'un système bien rodé de coordination entre le

---

structure qui conviendrait le mieux pour la nouvelle agence de protection et de promotion de la santé. Il y a toutefois lieu de noter qu'il existe une différence fondamentale entre les IRSC et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), qui appartient manifestement à la troisième catégorie. Les IRSC sont « mandataire de Sa Majesté » au regard de la loi, tandis que le CCLAT « a la capacité d'une personne physique » et il est explicitement déclaré dans la loi constitutive que « le Centre n'est pas mandataire de Sa Majesté ».

gouvernement fédéral et les instances provinciales/territoriales. On a notamment porté à l'attention du Comité l'exemple du Groupe de mise en œuvre du système canadien d'inspection des aliments, qui regroupe à la fois des intervenants fédéraux et des représentants des secteurs de la santé et de l'agriculture de chaque province. De même, l'ACIA a établi des ententes et des protocoles F/P/T explicites, qui définissent clairement les responsabilités de chaque palier de gouvernement en matière de toxi-infections alimentaires.

Des témoins ont exprimé l'avis qu'au regard des normes mondiales, le Canada a un très bon système d'inspection des aliments, et l'axe de responsabilité et d'imputabilité est clairement défini pour ce qui est du contrôle des maladies animales au Canada[23]. De plus, l'ACIA travaille en étroite collaboration avec la profession vétérinaire et communique activement avec l'industrie. Par exemple, ses représentants prennent la parole lors de réunions professionnelles, publient des articles dans des revues spécialisées et sont en contact permanent avec les vétérinaires-conseils responsables de la santé des troupeaux, qui inspectent les animaux de ferme et entretiennent des rapports professionnels avec les agriculteurs.

Par conséquent, le Comité croit que ce modèle est suffisamment souple pour permettre l'établissement d'une relation de collaboration entre la nouvelle agence, les autres instances gouvernementales et les différents professionnels appelés à intervenir en matière de protection de la santé.

Le Comité propose que la nouvelle agence s'appelle l'Agence de protection et de promotion de la santé (APPS) et qu'elle soit dirigée par le médecin-hygiéniste en chef du Canada responsable de la protection et de la promotion de la santé. Nous allons examiner plus en détail comment la nouvelle agence peut s'acquitter de son mandat dans les prochaines chapitres, mais il importe d'abord de préciser un certain nombre de détails relatifs à son organisation.

Le Comité propose que la nouvelle agence s'appelle l'Agence de protection et de promotion de la santé (APPS) et qu'elle soit dirigée par le médecin-hygiéniste en chef du Canada responsable de la protection et de la promotion de la santé.

Le Comité recommande que le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé soit nommé par le ministre de la Santé et soit lui-même un professionnel de la santé. Le ministre constituera aussi un Office de protection et de promotion de la santé chargé de recevoir les rapports transmis par le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé à intervalle régulier. Cet Office sera composé de personnes jouissant d'une haute estime et possédant une expertise dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé. Il présentera un rapport annuel au Parlement par l'entremise du ministre. L'Office de protection et de promotion de la santé ne sera pas présidé par le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé, mais par un membre du conseil indépendant du gouvernement.

---

[23] *Délibérations du Comité*, 18 septembre 2003.

Le fonctionnement quotidien de l'Agence relèvera de la responsabilité du médecin-hygiéniste en chef, qui s'adjoindra aussi un chef de l'exploitation. Ce dernier sera un gestionnaire hautement qualifié possédant de l'expérience dans le domaine de la santé.

De même, pour permettre la participation soutenue des provinces et des territoires, le Comité recommande la création d'un Conseil consultatif de l'APPS, composé des médecins-hygiénistes en chef (ou de leur équivalent)[24] de chaque province et territoire. Le Comité note qu'il existe déjà un Conseil des médecins-hygiénistes en chef dont la structure pourrait être adaptée pour que celui-ci puisse s'acquitter d'un rôle consultatif auprès de l'APPS. En plus d'assurer un lien solide avec les provinces et les territoires, ce Conseil consultatif fournirait au médecins-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé des avis scientifiques à intervalle régulier.

Pour permettre la participation soutenue des provinces et des territoires, le Comité recommande la création d'un Conseil consultatif de l'APPS, composé des médecins-hygiénistes en chef (ou de leur équivalent)[1] de chaque province et territoire.

De même, étant donné l'urgence d'élaborer une stratégie globale de développement des ressources humaines, notamment en ce qui a trait au recrutement de la formation et au maintien en poste de professionnels qualifiés dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé, le Conseil consultatif pourrait collaborer étroitement avec le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé en vue de l'élaboration d'un plan national de développement des ressources humaines. Comme bon nombre des questions relatives aux ressources humaines sont de compétence provinciale, l'existence du Conseil permettrait aux provinces et aux territoires d'avoir leur mot à dire et de réfléchir sérieusement à la meilleure façon de concrétiser la création d'une école virtuelle de protection et de promotion de la santé au Canada, par exemple, grâce aux réseaux des universités et collèges communautaires des différentes régions du pays.

2.3 Le mandat de l'APPS et l'échéancier de sa création

La dernière question à prendre en considération concerne la portée du mandat de la nouvelle Agence. Comme il est mentionné précédemment, le Comité a entendu des témoignages convaincants en ce qui a trait à la nécessité d'aborder les questions de protection et de promotion de la santé de façon globale et intégrée. En même temps, le Comité est convaincu qu'il est essentiel d'agir rapidement.

---

[24] Après mûre réflexion, le Comité a préféré recommander que ce Conseil consultatif soit composé des médecins-hygiénistes en chef des provinces, qui pourront faire appel à d'autres spécialistes de l'extérieur s'ils le jugent nécessaire. Le Comité croit en effet que toute tentative visant à créer un nouveau mécanisme F/P/T pour nommer les membres de ce Conseil consultatif, comme il aurait fallu le faire si nous avions décidé de faire appel à d'autres personnes que les médecins-hygiénistes déjà en poste, ouvrirait la voie à d'interminables querelles et ferait traîner les choses.

C'est pourquoi le Comité privilégie l'adoption d'une stratégie qui permettra d'amorcer sans délai la création de l'agence indépendante qui, de l'avis de tous, est nécessaire, même s'il faut pour cela que l'agence n'atteigne son plein potentiel de fonctionnement que plus tard . Le Comité est convaincu qu'il est possible de le faire sans compromettre l'élargissement éventuel du mandat de l'Agence pour qu'il englobe tous les éléments nécessaires à la protection et à la promotion de la santé des Canadiens. À cet égard, le Comité a appris que c'est ainsi que le B.C. Centre for Disease Control a en fait été constitué graduellement au fil des ans.

Le Comité recommande qu'un Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé pour l'Agence de protection et de promotion de la santé soit constitué aussi rapidement que possible, au plus tard dans les trois prochains mois. De l'avis du Comité, l'APPS et le Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé devront au besoin être créés par un décret du conseil.

Comme il est indiqué dans le chapitre un, le Comité recommande qu'un Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé pour l'Agence de protection et de promotion de la santé soit constitué aussi rapidement que possible, au plus tard dans les trois prochains mois. De l'avis du Comité, l'APPS et le Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé devront au besoin être créés par un décret du conseil. Le Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé sera chargé de mettre en place l'APPS. Il sera autorisé à travailler de concert avec Santé Canada pour transférer les ressources et le personnel de l'actuelle Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada, qui formeront le noyau initial de l'APPS. Le Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé s'attellera à la tâche de trouver des candidats aptes à diriger l'APPS et fera une recommandation au ministre fédéral de la Santé à cet égard. Le directeur du Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé ne pourra se porter candidat au poste de médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé, de façon à garantir l'impartialité du processus et à empêcher que des intérêts directs ne viennent influencer la conception de l'APPS.

Le Comité est fermement convaincu que la création de l'Agence doit se faire au besoin par décret du conseil, avant le 31 mars 2004.

Le Comité estime que toute tergiversation en ce qui à trait à l'établissement de ce Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé et à l'adoption de mesures pour l'habiliter à entreprendre la création de l'APPS serait inacceptable de la part du gouvernement. En fait, *le Comité est fermement convaincu que la création de l'Agence doit se faire au besoin par décret du conseil, avant la fin de l'exercice en cours, c'est-à-dire avant le 31 mars 2004.*

Le mandat de l'APPS consistera notamment à :

a. travailler de concert avec les autorités provinciales et territoriales pour élaborer une vision à long terme cohérente en matière de protection et de promotion de la santé au Canada et élaborer un plan pour en concrétiser la réalisation;
b. collaborer avec les organismes provinciaux déjà en place (comme le B.C. Centre for Disease Control et l'Institut national de santé publique du Québec) et faire en sorte

de stimuler la mise en œuvre d'initiatives globales semblables dans les régions du pays où il n'y en pas;

c. veiller à ce que le Canada respecte toutes ses obligations internationales en matière de protection de la santé;
d. améliorer la surveillance et le contrôle des maladies au Canada;
e. orienter les efforts fédéraux de façon à ce que le pays soit prêt à faire face aux urgences sanitaires et collaborer étroitement avec les autorités provinciales et territoriales de façon que toutes les régions du pays disposent d'une capacité d'intervention suffisante;
f. orienter l'activité fédérale visant à améliorer tous les aspects de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé d'un bout à l'autre du pays;
g. promouvoir activement la santé des Canadiens et surtout concevoir et mettre en œuvre une Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques de même qu'un Programme national d'immunisation.

Le Comité croit que, dès le départ, l'APPS devrait pouvoir intervenir dans au moins quatre secteurs de responsabilité : surveillance et contrôle des maladies; préparation aux situations d'urgence; immunisation et prévention des maladies chroniques. Les fonds devront servir non seulement à financer le fonctionnement de base de l'Agence elle-même, mais celle-ci devra aussi être habilitée à acheminer les fonds ciblés vers les autres instances gouvernementales, institutions, organismes et particuliers (pour permettre, par exemple, l'affectation d'épidémiologistes partout où c'est nécessaire au Canada ou le financement de projets de recherche ciblés).

Le Comité recommande donc :

Qu'une nouvelle agence, appelée l'Agence de protection et de promotion de la santé (APPS), soit créée et que la direction en soit confiée au médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection de promotion de la santé au Canada. L'APPS sera un organisme de services créé par voie législative et fera rapport au ministre fédéral de la Santé.

Que le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé au Canada soit nommé par le ministre fédéral de la Santé et soit un professionnel de la santé.

Que le ministre constitue aussi un Office de protection et de promotion de la santé chargé de recevoir les rapports transmis par le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé à intervalle régulier. Cet Office devra être présidé par quelqu'un d'autre que le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé.

Pour permettre la participation soutenue des provinces et des territoires et faire en sorte que l'APPS ait accès aux meilleurs avis scientifiques possibles, qu'un Conseil consultatif regroupant les médecins-hygiénistes en chef des provinces et territoires soit créé. Le Conseil consultatif devra aussi participer à l'élaboration par l'APPS d'une stratégie globale de développement des ressources humaines.

Le mandat de l'APPS consistera notamment à :

a. **travailler de concert avec les autorités provinciales et territoriales pour élaborer une vision à long terme cohérente en matière de protection et de promotion de la santé au Canada et élaborer un plan pour en concrétiser la réalisation;**
b. **collaborer avec les organismes provinciaux déjà en place (comme le B.C. Centre for Disease Control et l'Institut national de santé publique du Québec) et faire en sorte de stimuler la mise en œuvre d'initiatives globales semblables dans les régions du pays où il n'y en a pas;**
c. **veiller à ce que le Canada respecte toutes ses obligations internationales en matière de protection de la santé;**
d. **améliorer la surveillance et le contrôle des maladies au Canada;**
e. **orienter les efforts fédéraux de façon à ce que le pays soit prêt à faire face aux urgences sanitaires et collaborer étroitement avec les autorités provinciales et territoriales de façon que toutes les régions du pays disposent d'une capacité d'intervention suffisante;**
f. **orienter l'activité fédérale visant à améliorer tous les aspects de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé d'un bout à l'autre du pays;**
g. **promouvoir activement la santé des Canadiens et surtout concevoir et mettre en œuvre une Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques de même qu'un Programme national d'immunisation.**

Qu'un Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé pour l'Agence de protection et de promotion de la santé soit constitué dès que possible, par un décret du Conseil, au besoin. Le Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé devra mettre en place l'APPS d'ici la fin de l'exercice en cours (31 mars 2004). Il sera autorisé à travailler de concert avec Santé Canada pour transférer les ressources et le personnel de l'actuelle Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada, qui formeront le noyau initial de l'APPS. Le Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé s'attellera à la tâche de trouver des candidats aptes à diriger l'APPS et fera une recommandation au ministre fédéral de la Santé à cet égard.

CHAPITRE TROIS :

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE SURVEILLANCEDES MALADIES ET D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

Le système de santé publique ne peut plus effectuer des analyses en temps opportun, informer avec précision et appuyer les responsables des politiques, les interlocuteurs du secteur de la santé et la population, ni mettre en œuvre des services appropriés et des stratégies de surveillance communautaire[25].

De nombreux facteurs contribuent à la capacité du Canada de réagir à une urgence sanitaire, en particulier lorsqu'il s'agit d'une flambée épidémique. L'information au sujet de l'épidémie doit être recueillie rapidement, puis analysée avec exactitude et rapidité, et les résultats doivent être communiqués clairement à ceux qui doivent y réagir de même qu'à ceux qui en sont victimes. Une partie de ce travail donne lieu à une activité permanente et exige un déploiement constant de personnes et de ressources. Toutefois, lorsqu'une épidémie se déclare, il peut arriver qu'il faille aussi mobiliser des ressources et du personnel supplémentaires pour parer à une situation d'urgence. En d'autres termes, il faut qu'il y ait une planification des ressources humaines pour créer une capacité de réserve ou d'appoint.

Toutefois, lorsqu'une épidémie se déclare, il peut arriver qu'il faille aussi mobiliser des ressources et du personnel supplémentaires pour parer à une situation d'urgence. En d'autres termes, il faut qu'il y ait une planification des ressources humaines pour créer une capacité de réserve ou d'appoint.

Une partie de ces capacités supplémentaires suppose le recours à des ressources qui peuvent être gardées en réserve et mises à contribution au besoin. C'est le cas, par exemple, de la Réserve nationale de secours actuellement gérée par le Centre de secours et de services d'urgence, que le gouvernement fédéral a créé en juillet 2000. Cette réserve comporte 165 hôpitaux itinérants, chacun muni de 200 lits qui peuvent être transportés là où ils sont nécessaires sur un cours préavis. Mais, à bien des égards, comme plusieurs témoins l'ont souligné au Comité, une capacité d'appoint est nécessaire dans d'autres secteurs, par exemple, en épidémiologie. De plus, la capacité d'appoint en situation de crise n'est efficace que dans la mesure où l'infrastructure courante l'est.

Si, quelque part au pays, il n'y a pas suffisamment de personnel qualifié pour prendre en charge quotidiennement les activités de protection de la santé, alors il n'y aura personne à qui faire appel en cas d'urgence. Si la capacité des laboratoires est insuffisante pour s'occuper des cas de routine, il sera alors impossible d'absorber une augmentation importante du volume de tests à effectuer advenant une situation d'urgence. S'il n'y a aucune communication régulière entre les intervenants des différentes régions du pays, il est peu probable alors que ceux-ci soient en mesure de gérer les échanges intenses si fréquents en

[25] Association des infirmières et infirmiers du Canada, *La santé publique au Canada — Consolider la base*, mémoire au Comité, 8 octobre 2003, p. 3.

situation d'urgence. Si les systèmes d'information sont désuets, alors ils ne pourront sans doute pas soutenir la rapidité avec laquelle les flambées épidémiques se déclarent dans un monde où il y a de moins en moins de frontières. S'il n'y a pas de procédures et de protocoles en place pour traiter les situations « normales », ceux-ci n'apparaîtront pas miraculeusement si le pays fait face à une urgence.

Non seulement ces capacités diversifiées doivent être en place pour que le Canada soit en mesure de face aux urgences sanitaires, mais elles doivent être coordonnées de façon que l'intervention soit cohérente et efficace. C'est ce qui rend aussi complexe le renforcement des capacités du Canada de faire face aux urgences. Les urgences sanitaires commencent toujours localement, mais elles peuvent rapidement prendre de l'ampleur et s'étendre à de multiples territoires de compétences. La coordination doit donc faire intervenir toutes les instances gouvernementales. Pourtant, l'histoire récente témoigne avec éloquence de la difficulté de stimuler la coopération fédérale/provinciale/territoriale dans le domaine des soins de santé.

Non seulement ces capacités diversifiées doivent être en place pour que le Canada soit en mesure de face aux urgences sanitaires, mais elles doivent être coordonnées de façon que l'intervention soit cohérente et efficace.

Encore là, c'est seulement lorsque tous les éléments seront en place qu'il sera possible de dire avec confiance que le Canada est prêt comme il le devrait à faire face à n'importe quelle urgence sanitaire susceptible de survenir. L'obligation de faire en sorte que toutes les régions du pays disposent des capacités nécessaires pour faire leur part dans ce travail d'équipe est l'une des raisons pour lesquelles la création de l'Agence de protection et de promotion de la santé recommandée dans le chapitre précédent est absolument nécessaire.

L'obligation de faire en sorte que toutes les régions du pays disposent des capacités nécessaires pour faire leur part dans ce travail d'équipe est l'une des raisons pour lesquelles la création de l'Agence de protection et de promotion de la santé recommandée dans le chapitre précédent est absolument nécessaire.

De plus, la récente épidémie de SRAS a fait ressortir à quel point la faiblesse de l'infrastructure de surveillance des maladies au Canada, le manque de coordination des activités de surveillance et l'absence de capacité d'appoint suffisante, sont des questions urgentes. En dernière analyse, tout le système de surveillance et de contrôle des maladies n'est efficace que dans la mesure où son lien le plus faible l'est.

Le Comité abonde dans le même sens que le rapport Naylor en ce sens qu'il trouve qu'il serait *imprudent* de retarder la mise en œuvre des mesures pour remédier à ces lacunes jusqu'à ce que la nouvelle Agence soit entièrement en place. Il faut donc emprunter des voies parallèles. En même temps que la nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé est mise en place, des mesures doivent aussi être prises pour renforcer la capacité de surveillance des maladies et d'intervention en cas d'urgence. Lorsque la nouvelle Agence aura vu le jour, il lui sera possible alors de contribuer à maximiser ces efforts.

Dans le présent chapitre, nous nous penchons sur les mesures que doit prendre sans délai le gouvernement fédéral pour s'acquitter de ses responsabilités à cet égard, et sur la façon dont ces mesures peuvent le mieux contribuer à l'amélioration des capacités de surveillance des maladies et d'intervention en cas d'urgence d'un bout à l'autre du pays.

3.1 Surveillance et contrôle des maladies

Faisant écho aux définitions largement acceptées, le rapport Naylor définit la surveillance de la santé comme étant « le suivi et la prévision de n'importe quel phénomène ou déterminant de la santé au moyen d'une collecte permanente de données de grande qualité, l'intégration, l'analyse et l'interprétation de ces données en produits de surveillance (p. ex. des rapports, des avis, des alertes et des avertissements) et la distribution de ces produits à ceux qui en ont besoin »[26].

Dans un examen des activités de surveillance de Santé Canada mené en 2002 pour faire le suivi d'un rapport de 1999, le vérificateur général du Canada a conclu que :

> [...] la surveillance nationale est toujours faible; de nombreux systèmes ne comprennent pas d'information à jour, précise et complète sur les maladies; les lacunes en matière de surveillance persistent. Ces faiblesses, prises ensemble, mettent en péril la capacité de Santé Canada de prévoir, de prévenir, de déceler, de surveiller les maladies et les blessures et de mener des programmes de lutte et d'intervention à leur égard. Qui plus est, elles nuisent à sa capacité de concevoir, d'assurer et d'évaluer les activités dans le domaine de la santé publique[27].

Même si la vérificatrice générale note que Santé Canada a accompli certains progrès en ce qui a trait à la correction des lacunes relevées dans le rapport de 1999, il ressort clairement de l'examen de 2002 qu'« il faudra attendre encore de nombreuses années avant qu'on parvienne à établir une approche en matière de surveillance de la santé »[28].

La vérificatrice générale et le rapport Naylor insistent tous deux sur l'importance du rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait à l'exercice d'un leadership national pour assurer une coordination suffisante d'un territoire de compétences à l'autre et faire en sorte que toutes les régions du pays disposent des capacités voulues pour assurer la surveillance des maladies. Comme c'est souvent le cas dans les dossiers relatifs à la santé, le rôle du gouvernement fédéral est double. En premier lieu, il doit assumer ses responsabilités en ce qui a trait à l'établissement de l'infrastructure nationale nécessaire. En deuxième lieu, il doit aider l'ensemble des provinces et des territoires à renforcer leurs propres capacités. De l'avis du Comité, ces deux aspects doivent en bout de ligne se refléter dans la structure et les activités de la nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé (APPS).

---

[26] Rapport Naylor, p. 94.

[27] Vérificateur général du Canada, *Santé Canada – La surveillance de la santé nationale*, chapitre 2, Rapport de septembre 2002, p. 1.

[28] *Ibid.*, p. 6.

Le facteur temps est également important lorsqu'il est question de remédier aux lacunes relevées au niveau de la surveillance de la santé et des maladies. L'une des principales leçons tirées des récentes flambées de SRAS est que le Canada ne peut se permettre d'attendre les « nombreuses années » auxquelles la vérificatrice générale fait allusion dans son rapport, pour se doter d'un système de surveillance de la santé pleinement intégré. À court terme, des mesures doivent être prises pour améliorer les capacités et parallèlement, des efforts doivent être déployés pour mettre en place tous les éléments d'un système global qui sera parachevé à plus longue échéance.

Le Comité croit que les recommandations contenues dans le rapport Naylor tienne compte de façon créative de cette interaction complexe entre les dimensions régionale et nationale de la surveillance et du contrôle des maladies à court et à long termes. Le rapport Naylor propose une approche à quatre volets à laquelle le Comité souscrit sans réserve. De façon précise, le Comité recommande donc :

Que le gouvernement fédéral établisse, sous l'égide d'une nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé, un Fonds de contrôle des maladies transmissibles, qui servira à aider les provinces et les territoires à renforcer leurs capacités de surveillance et de contrôle des maladies. Il faudra commencer immédiatement à puiser dans ce fonds pour financer les préparatifs en vue de la prochaine saison de la grippe.

Que le travail de renforcement de l'infrastructure F/P/T actuelle pour assurer la mise en place d'un réseau global permettant de faire le lien entre les activités de surveillance et de contrôle des maladies d'un territoire de compétences à l'autre, soit amorcé sans délai.

Que la nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé accorde la priorité à la surveillance des maladies infectieuses et travaille en étroite collaboration avec le nouveau réseau F/P/T pour renforcer les capacités à cet égard. Elle devra aussi s'attaquer à la création à plus long terme d'un système national global de surveillance des maladies.

Que des efforts soient consacrés de toute urgence à la conclusion d'un protocole d'entente entre les différents paliers de gouvernement sur les procédures administratives et les protocoles à suivre pour assurer dès maintenant une plus grande collaboration en matière de surveillance et de contrôle des maladies.

Comme première étape, le Comité croit qu'il est essentiel que les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux s'entendent sur une liste de maladies transmissibles à déclaration obligatoire. De cette façon, les provinces seront dans l'obligation de déclarer les flambées épidémiques aux autres provinces et au gouvernement fédéral. Le versement de fonds fédéraux pour alimenter le Fonds de contrôle des maladies transmissibles pourrait être conditionnel à la conclusion d'une entente sur cette liste de maladies infectieuses.

De plus, le Comité croit que, dans le cadre de ses efforts pour arriver à renforcer les capacités de surveillance du Canada, le gouvernement fédéral devrait déployer dans chaque région du pays des épidémiologistes d'intervention fédéraux. Ce déploiement serait utile à trois fins. D'abord, il assurerait un lien de communication direct entre les différentes régions du pays et l'Agence de protection et de promotion de la santé. L'information circulerait dans les deux sens – de la province ou de la région à l'Agence et vice versa. L'Agence serait ainsi mieux en mesure de s'acquitter de ses responsabilités en ce qui a trait aux déclarations à faire aux organismes internationaux. Ensuite, ces épidémiologistes pourraient être intégrés aux activités régionales ou provinciales courantes, d'où une amélioration de la capacité locale de surveiller et de contrôler les flambées épidémiques. Enfin, comme il est mentionné ci-dessous, à titre d'employés fédéraux, ces épidémiologistes pourraient être rapidement déployés là où leurs services seraient requis dans l'éventualité d'une urgence sanitaire. Ils contribueraient ainsi à la création de la capacité d'appoint nécessaire pour faire face à ce genre de situation.

Le Comité croit que, dans le cadre de ses efforts pour arriver à renforcer les capacités de surveillance du Canada, le gouvernement fédéral devrait déployer dans chaque région du pays des épidémiologistes d'intervention fédéraux.

Des témoins ont laissé entendre qu'il pourrait y avoir des obstacles organisationnels à surmonter pour mettre en œuvre ces mesures, en particulier dans certaines provinces. Nul doute que les modalités d'application devront être souples pour qu'il puisse être tenu compte des différences d'une province à l'autre. D'autres témoins ont par contre fait valoir qu'il existe des précédents de ce genre d'initiative fédérale et qu'il y a actuellement un certain nombre de provinces qui font appel à des épidémiologistes de la fonction publique fédérale pour renforcer leur capacité de surveillance. Ainsi, le chef du B.C. Centre for Disease Control, M. Ron Zapp, a dit au Comité qu'il arrive régulièrement au Centre de faire appel à des épidémiologistes fédéraux pour lui prêter main-forte.

Le Comité recommande donc :

Que le gouvernement fédéral prenne la responsabilité de déployer des épidémiologistes d'intervention fédéraux dans chaque région du pays, en nombre suffisant pour qu'ils puissent être efficacement envoyés là où leurs services sont requis pour aider à faire face à une urgence sanitaire.

Il y a lieu de souligner, en ce qui a trait à cette recommandation, que le Canada doit être doté d'un système de surveillance national s'il veut respecter ses obligations internationales. Sinon, ou s'il doit s'en remettre à d'autres gouvernements pour fournir l'information requise, le Canada court le risque de ne pas être en mesure de s'acquitter de ses engagements internationaux.

Le Canada doit être doté d'un système de surveillance national s'il veut respecter ses obligations internationales.

3.2 Mettre en place un système efficace d'intervention en cas d'urgence sanitaire

Même lorsque le Canada sera doté d'un réseau de surveillance des maladies pleinement fonctionnel, il devra encore avoir des capacités supplémentaires en réserve pour faire face aux situations d'urgence. De plus, il est extrêmement important que les protocoles nécessaires soient en place pour assurer une coordination entre les différents territoires de compétences en cas d'urgence, et que l'instance gouvernementale compétente assume un rôle de chef de file au besoin.

Dans ses mémoires au Comité sénatorial et au Comité Naylor, l'Association médicale canadienne (AMC) propose un système officiel d'alerte médicale qui établirait clairement les responsabilités respectives de chaque instance gouvernementale en ce qui a trait aux mesures à prendre. Le Comité souscrit à cette approche générale et croit qu'un système semblable à celui proposé par l'AMC devrait être adopté. Ce système s'appuierait sur les procédures administratives et les protocoles qui, suivant la recommandation formulée par le Comité dans la section précédente, doivent faire l'objet d'une négociation immédiate entre les différents ordres de gouvernement.

L'Association médicale canadienne (AMC) propose un système officiel d'alerte médicale qui établirait clairement les responsabilités respectives de chaque instance gouvernementale en ce qui a trait aux mesures à prendre. Le Comité souscrit à cette approche générale et croit qu'un système semblable à celui proposé par l'AMC devrait être adopté.

Le *diagramme 1* à la fin du présent chapitre illustre comment ce système pourrait fonctionner. Ce diagramme est en fait une version légèrement modifiée de la proposition de l'AMC. Par souci de clarté, nous avons combiné les principaux éléments de la proposition de l'AMC et le graphique dans lequel la vérificatrice générale illustre le cheminement que devrait suivre idéalement l'information sur les maladies transmissibles destinée au gouvernement fédéral. Ce système faciliterait la circulation constante de l'information entre les différents ordres de gouvernement, et ce, en tout temps. En cas d'urgence, selon la gravité du risque pour la santé des Canadiens, différentes instances gouvernementales assumeraient les principales responsabilités relatives à une urgence sanitaire et disposeraient des pouvoirs légaux nécessaires pour prendre les mesures qui s'imposent.

Le Comité croit que l'une des premières tâches confiées à l'Agence de protection et de promotion de la santé devrait consister à élaborer un protocole d'entente avec chaque province et territoire sur la mise en œuvre de ce système d'alerte médicale.

Le Comité croit que l'une des premières tâches confiées à l'Agence de protection et de promotion de la santé devrait consister à élaborer un protocole d'entente avec chaque province et territoire sur la mise en œuvre de ce système d'alerte médicale. Le Comité recommande donc :

Que l'APPS élabore en priorité un protocole d'entente avec chaque province et territoire sur la mise en œuvre d'un système d'alerte

médicale. Comme première étape, il faudrait s'entendre sans délai sur la déclaration des épidémies de maladies infectieuses.

Un autre élément essentiel pour se préparer à faire face à une urgence réside dans l'accès à un bassin suffisant de professionnels compétents. Il va de soi qu'étant donné le caractère sporadique des urgences sanitaires, ces professionnels seront normalement employés ailleurs, mais pourront se libérer pour recevoir une formation complémentaire visant à les préparer à leurs fonctions d'intervention d'urgence. Il y a deux aspects en particulier que le Comité souhaite mettre en évidence à cet égard.

Premièrement, le Comité estime que le gouvernement fédéral devrait contribuer directement à la création de cette capacité d'appoint. Il recommande, comme il l'a expliqué plus haut, que le gouvernement fédéral déploie, en nombre suffisant, ses propres épidémiologistes d'intervention dans toutes les régions du pays.

Deuxièmement, le Comité approuve l'approche proposée dans le rapport Naylor qui prend appui sur l'idée d'un réseau d'équipes d'intervention en cas d'urgences sanitaires (EISU). Ces équipes seraient composées de professionnels de la santé spécialement formés et accrédités pour être déployés rapidement vers des lieux de catastrophe au pays. Ces équipes pourraient remplir le rôle d'équipe nationale d'intervention, tel qu'il est envisagé par l'Association médicale canadienne (AMC) dans son modèle d'alerte médicale, mais elles pourraient aussi être établies par d'autres paliers de gouvernement.

L'AMC a suggéré une autre forme d'EISU dans le mémoire présenté au Comité[29], soit une équipe pouvant relever le personnel de soins actifs en période d'urgence sanitaire. En effet, le besoin d'un tel personnel de remplacement s'est fait clairement sentir lors de la crise du SRAS à Toronto.

Comme le souligne le rapport Naylor, il faudra que des ententes interviennent entre les instances visées en vue de la formation et de l'accréditation du personnel compétent nécessaire pour former les EISU. Selon le Comité, il faut commencer dès maintenant à préparer ces ententes, sous l'égide du Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé, sans attendre que la nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé soit entièrement à pied d'œuvre.

3.3 Développement des ressources humaines

La formation nécessaire de personnel d'urgence souligne de nouveau l'importance de se doter d'une stratégie à long terme pour le développement de ressources humaines de la santé. La situation marque bien l'importance de donner suite à la suggestion de mettre sur pied une stratégie nationale visant les ressources humaines de la santé, suggestion que le Comité a formulée dans son rapport d'octobre 2002 intitulé *Recommandations en vue d'une réforme*, lequel porte sur l'ensemble du système de soins de santé[30].

---

[29] Association médicale canadienne, mémoire présenté au Comité, p. 11.

[30] Voir le volume six, *Recommandations en vue d'une réforme*, chapitre onze, octobre 2002.

Les auteurs du rapport Naylor déplorent le manque de données quantitatives solides sur la disponibilité de ressources humaines engagées dans les activités de protection et de promotion de la santé. Néanmoins, ils affirment catégoriquement que « toute tentative d'améliorer la santé publique échouera si elle ne reconnaît pas l'importance fondamentale de maintenir dans tous les services de santé locaux au Canada un personnel adéquat composé de professionnels de la santé hautement compétents et motivés »[31]. Affirmation confirmée par les témoins qui ont comparu devant le Comité et déclaré que la crise du SRAS avait révélé la carence de ressources humaines de la santé en général et dans le domaine de la protection de la santé en particulier. De plus, les membres du Comité ont été frappés par le fait que la grave pénurie de personnel infirmier a de sérieuses répercussions sur la capacité du Canada de protéger et de promouvoir la santé de sa population.

Selon plusieurs témoins, l'absence d'un cheminement de carrière clairement défini a un effet néfaste sur le recrutement dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé. Le Comité a appris que, dans de nombreuses provinces, la médecine communautaire n'est pas une spécialité particulièrement bien rémunérée comparativement à d'autres spécialités médicales axées sur la haute technologie et que le schéma de carrière dans les services infirmiers de santé publique est plutôt flou. Le Comité a également été informé qu'il est peu probable que de brillants jeunes épidémiologistes soient attirés par une situation où les seuls emplois qui s'offrent à eux influent peu ou pas du tout sur le véritable fonctionnement du système de protection de la santé.

Le Comité a entendu dire à maintes reprises que la création d'une nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé est particulièrement intéressante du fait qu'elle permettra de définir clairement des cheminements de carrière plus enrichissants pour les scientifiques ainsi que pour d'autres professionnels. Elle permettra aussi aux gens de mener des recherches tout en exerçant leur profession sur le terrain. Ainsi, l'Agence pourra faciliter la progression professionnelle des infirmiers et infirmières hygiénites: après une maîtrise en santé publique et des activités de lutte contre les flambées épidémiques et de protection de la santé en première ligne, elles pourront aller faire un doctorat en politiques en matière de santé publique. Ensuite, ils pourraient travailler pour la nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé et peut-être même acquérir une certaine expérience à l'étranger en tant qu'agent de liaison avec un organisme international ou aider à créer la capacité voulue dans des pays en développement.

Le Comité est tout à fait d'accord avec le Comité Naylor pour dire qu'une vaste stratégie nationale de longue haleine est nécessaire afin d'assurer un nombre suffisant de professionnels compétents dans tous les domaines de la protection et de la promotion de la santé... Le Comité juge également que le gouvernement fédéral doit dès maintenant prendre des mesures pour accroître le nombre de professionnels compétents dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé.

Le Comité est tout à fait d'accord avec le Comité Naylor pour dire qu'une vaste stratégie nationale de longue haleine est nécessaire afin d'assurer un nombre

[31] Rapport Naylor, p. 140.

suffisant de professionnels compétents dans tous les domaines de la protection et de la promotion de la santé. Il estime, comme il l'a fait remarquer dans le chapitre deux, qu'un des rôles que pourra jouer le Comité consultatif scientifique auprès de la nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé sera d'aider à élaborer cette stratégie.

Le Comité juge également que le gouvernement fédéral doit dès maintenant prendre des mesures pour accroître le nombre de professionnels compétents dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé. Parmi ces mesures pourraient figurer l'aide au financement de stages, comme le suggère le Comité consultatif Naylor, ainsi que l'aide à l'élaboration de programmes de formation en cours d'emploi qui permettraient la formation polyvalente d'autres professionnels de la santé afin qu'ils puissent acquérir les compétences nécessaires pour appuyer la capacité d'appoint dans toutes les instances.

Certains témoins ont préconisé la création d'une école de santé publique au Canada. Celle-ci pourra notamment prendre la forme d'une école « virtuelle » qui puisera à même les ressources de divers établissements offrant déjà l'enseignement et la formation nécessaires. Une école « virtuelle » aura aussi pour avantage de servir de lien entre les programmes universitaires et collégiaux, de sorte que les étudiants recevront une formation tant théorique que pratique. La création d'une telle école virtuelle à partir des effectifs des établissements existants pourra éventuellement permettre l'émergence d'une école de santé publique de calibre mondial au Canada. Le Comité estime que le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle de premier plan pour ce qui est d'encourager un tel projet.

Par conséquent, le Comité recommande :

Que Développement des ressources humaines Canada, dans le cadre de son étude du secteur des ressources humaines menée auprès des médecins et des infirmiers au Canada, se penche tout particulièrement sur les besoins actuels et futurs en matière de professionnels de la santé dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé.

Que le gouvernement fédéral agisse dès maintenant pour encourager l'élaboration de programmes de formation en cours d'emploi afin d'aider les professionnels de la santé à acquérir les compétences nécessaires en protection de la santé.

Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et de concert avec les universités et les collèges communautaires, amorce des discussions sur la création d'une École virtuelle de santé publique.

3.4 Laboratoires

Les laboratoires de santé publique constituent un maillon essentiel de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé. Ils sont indispensables pour le diagnostic des maladies infectieuses et la surveillance épidémiologique, ainsi que pour la préparation, l'étude et l'intervention en cas de flambées épidémiques. Ils jouent également un grand rôle en recherche fondamentale et appliquée.

Au Canada, le système de laboratoires de santé publique est constitué de quatre types d'établissements : les laboratoires de première ligne (privés, locaux et hospitaliers); les laboratoires de santé publique provinciaux; les laboratoires nationaux; les réseaux de laboratoires internationaux. Les différents types de laboratoires fonctionnent selon une hiérarchie, sans toutefois qu'existent des structures ou des liens officiels. En cas d'épidémie ou d'urgence, d'autres laboratoires, principalement universitaires, dont l'activité première est la recherche, peuvent leur prêter main forte.

Le rapport Naylor souligne qu'aux premières étapes de la crise du SRAS, deux grands obstacles ont empêché une intervention efficace des laboratoires : une gestion inadéquate des données et un manque d'intégration des données épidémiologiques et des données de laboratoires. La gestion inadéquate des données est surtout le résultat de l'absence d'un système commun de gestion de l'information dans les laboratoires de santé publique, pour les interventions en cas de flambée. Par ailleurs, une meilleure intégration des données épidémiologiques et des données de laboratoires permettra de mettre en commun l'information et d'éviter les dédoublements.

Le rapport Naylor contient les recommandations suivantes : amorcer d'urgence un examen pour s'assurer que les laboratoires de santé publique disposent de la capacité et des protocoles appropriés pour intervenir de façon efficace et coopérative lors de la prochaine épidémie importante de maladie infectieuse; élaborer dès maintenant un système d'information des laboratoires afin d'améliorer et d'accélérer la mise en commun de données; élargir le Réseau canadien de laboratoires de santé publique afin d'inclure les laboratoires hospitaliers et communautaires; faire participer les laboratoires nationaux aux réseaux de laboratoires.

Le Comité souscrit à ces recommandations. En outre, étant donné l'importance du rôle que jouent les laboratoires de santé publique dans les interventions en cas de flambées de maladies, nous estimons que des mesures doivent être prises dès maintenant. Par conséquent, le Comité recommande :

Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, amorce d'urgence un examen pour s'assurer que les laboratoires de santé publique disposent de la capacité et des protocoles appropriés pour intervenir de façon efficace et coopérative lors de la prochaine épidémie importante de maladie infectieuse.

3.5 Systèmes de technologie de l'information et de communication

Il est clair qu'une importante mise à niveau de la technologie de l'information s'impose de toute urgence à tous les paliers de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé. L'absence d'une base de données moderne accessible aux autorités sanitaires locales, provinciales et fédérales a grandement nui à la transmission d'information au public et aux organismes internationaux. Le manque de bases de données partagées et d'une capacité appropriée d'analyser provisoirement les données a aussi freiné l'étude et la gestion de l'épidémie et a limité la recherche épidémiologique et clinique sur le SRAS. Il semble en

effet qu'il n'existait, avant la crise, aucune entente visant le partage d'information entre les différents niveaux de gouvernement, ni la technologie de l'information nécessaire.

Le rapport Naylor souligne par ailleurs que de nombreuses difficultés de communication ont ponctué l'épidémie de SRAS : difficulté à rejoindre le public, difficulté à transmettre les renseignements scientifiques et difficulté à communiquer avec les organismes internationaux.

L'accès à un système de communication sûr est toutefois un élément clé de l'intervention en cas d'urgence. Dans son mémoire écrit au Comité, le Dr James M. Hugues, directeur du National Centre for Infectious Disease (US CDC), a indiqué que la communication rapide d'information avait grandement facilité l'intervention des autorités sanitaires américaines lors de la crise du SRAS. La diffusion rapide de cette information a été facilitée par le site Internet du CDC, par des conférences de presse régulières et des vidéoconférences à l'échelle mondiale ainsi que par des communications régulières et des téléconférences avec les épidémiologistes et le personnel des laboratoires des États ainsi qu'avec les cliniciens, les virologistes, le milieu universitaire et les organisations et groupes de professionnels[32].

Le rapport Naylor recommande que tous les niveaux de gouvernement élaborent des systèmes permettant aux professionnels de la santé et au public de recevoir en temps opportun des informations et des directives exactes et cohérentes au cours d'une épidémie de maladie infectieuse. Il recommande aussi que la nouvelle Agence nationale soit chargée de communiquer directement avec l'Organisation mondiale de la santé, les CDC américains et les autres instances et organismes internationaux.

De plus, les auteurs du rapport Naylor recommandent que le gouvernement fédéral cherche à établir un groupe de travail sous les auspices d'Inforoute Santé du Canada Inc., chargé de se pencher tout particulièrement sur les besoins d'une infostructure de santé et d'investissements possibles afin d'accroître la surveillance de la maladie et de relier les systèmes d'information cliniques et de santé publique.

Le Comité approuve ces recommandations. Nous croyons qu'il est essentiel que le Canada tire pleinement parti des plus récentes innovations dans le domaine des technologies d'information et de communication. C'est pourquoi nous recommandons :

Que le gouvernement fédéral amorce immédiatement des négociations avec Inforoute Santé du Canada Inc. afin d'établir la technologie de l'information nécessaire pour améliorer les systèmes tant de surveillance que de communication en matière de protection de la santé.

---

[32] Dr James M. Hughes, directeur, National Centre for Infectious Diseases, US CDC, *Réponse du CDC aux menaces de maladies infectieuses dont un plan d'application en cas de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)*, mémoire au Comité, 22 octobre 2003, p. 8.

3.6 Recherche

Tout au long de son étude sur la santé et les soins de santé, le Comité a été un fervent partisan du spectre complet des activités de recherche en santé — biomédicales, cliniques, services de santé et santé de la population — et a recommandé l'augmentation des fonds fédéraux consentis à la recherche tant interne qu'extra-muros. Nous insistons de nouveau dans le présent rapport sur la nécessité d'accroître le leadership et le soutien fédéral en matière de recherche, particulièrement dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé. Notre position à cet égard concorde avec les observations et les conclusions du Comité consultatif Naylor.

Les auteurs du rapport Naylor soulignent que pour être efficaces, la protection et la promotion de la santé doivent reposer sur de solides assises scientifiques ainsi qu'une réelle capacité de recherche sur les maladies infectieuses : « [...] la capacité critique d'étude épidémiologique et d'intervention contre les épidémies se crée en partie en favorisant la science fondamentale connexe »[33].

L'établissement d'une solide capacité scientifique est un processus à long terme. Dans le sillon de l'épidémie du SRAS, le rapport signale *de nombreuses* déficiences dans la façon dont la recherche au Canada est structurée pour réagir aux situations d'urgence sanitaires et aux importantes nouvelles menaces de maladies infectieuses. Parmi ces déficiences, citons le manque de leadership, l'absence d'un programme de recherche clair, une faible capacité de recherche, un financement insuffisant, une mauvaise coordination, une collecte et une gestion anémiques des données, une mise en commun limitée des données, la faiblesse des mécanismes liant les données épidémiologiques et cliniques aux données de laboratoire, le manque de collaboration entre chercheurs et organismes, la pénurie de scientifiques qualifiés et le manque de planification avancée.

Face à ses préoccupations, le Comité consultatif Naylor recommande une augmentation de 25 millions de dollars par année en fonds fédéraux affectés à la recherche sur la protection et la promotion de la santé (particulièrement la recherche fondamentale et appliquée). Ces fonds seront confiés à la nouvelle Agence décrite au chapitre 2 afin d'accroître la capacité de recherche interne ainsi que pour impartir les travaux de recherche à des partenaires comme les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Il est absolument essentiel de concevoir un mécanisme permettant qu'une recherche rapide et ciblée soit effectuée lorsqu'elle est nécessaire, tout en respectant les principes d'excellence et d'examen par les pairs. Le rapport Naylor recommande également que la nouvelle Agence voit en priorité à l'établissement de liens entre les institutions gouvernementales et universitaires, particulièrement dans le domaine des maladies infectieuses, afin d'améliorer les processus pour une étude rapide sur les épidémies et les flambées.

Le rapport Naylor prône la création de solides réseaux de recherche, qui soient opérationnels avant même qu'une épidémie se déclare. Le cas échéant, les données seront offertes à tous les chercheurs intéressés. Le rapport recommande également l'établissement de lignes directrices afin de faciliter la recherche en collaboration et la

[33] Rapport Naylor, p. 189.

publication des résultats d'études pendant une épidémie de maladie infectieuse. Finalement, le rapport Naylor insiste sur l'importance de renforcer la recherche en protection et promotion de la santé, tout en veillant à avoir en place des normes appropriées en matière de déontologie et de protection de la vie privée.

Le Comité est d'accord avec le Comité consultatif Naylor. Nous sommes convaincus que la recherche doit faire partie intégrante de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé et que la création de partenariats coopératifs doit être encouragée. Le Comité est d'avis qu'il sera possible de cette façon de mettre à profit les ressources humaines, techniques et institutionnelles déjà en place d'un bout à l'autre du pays pour accroître notre capacité de recherche dans ce domaine.

Nous sommes convaincus que la recherche doit faire partie intégrante de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé et que la création de partenariats coopératifs doit être encouragée.

3.7 Mondialisation

L'épidémie de SRAS a clairement démontré que la protection et la promotion de la santé revêtent une envergure internationale, puisque l'évolution d'une situation en Chine peut avoir des répercussions quasi immédiates sur la santé au Canada. Il est donc dans l'intérêt du Canada d'améliorer la surveillance et le contrôle des maladies ailleurs dans le monde et de chercher à mieux coordonner les interventions en cas d'épidémies de maladies à déclaration obligatoire.

Le Comité consultatif Naylor reconnaît l'importance des liens internationaux en matière de protection de la santé et recommande dans son rapport que le gouvernement fédéral contribue, par l'intermédiaire de la nouvelle agence, à renforcer la capacité de surveillance et de gestion des maladies dans les pays en développement. Il conseille de plus au gouvernement fédéral de lancer un processus multilatéral afin de mieux définir le rôle de l'Organisation mondiale de la santé dans la gestion de la coopération internationale en matière de santé, notamment en ce qui a trait aux poussées épidémiques.

Le Comité souscrit à ces importantes recommandations relatives aux enjeux internationaux. Si aucune mesure immédiate n'est prise pour normaliser les protocoles et adopter des définitions communes des maladies, pour relayer l'information sur les flambées épidémiques à l'échelle internationale et pour coordonner les efforts déployés pour contrer les épidémies (de même que pour accroître la capacité des pays en développement d'appliquer ces protocoles), le Canada demeurera à la merci des graves flambées épidémiques.

Le Comité sait aussi que Santé Canada joue actuellement un rôle important dans la surveillance des maladies à l'échelle internationale grâce à son Réseau d'information sur la santé mondiale (RISM). Ce réseau est un système d'alerte rapide qui surveille continuellement les sources médiatiques à la recherche de rapports sur les épidémies de maladies infectieuses dans le monde. Ce système, qui fonctionne à partir d'Internet, fournit de l'information en temps réel, 24 heures par jour, sept jours par semaine. Cette information

est ensuite transmise au Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie de l'OMS. À l'heure actuelle, le RISM signale environ 40 % des épidémies connues par l'OMS. Le Comité croit fermement que ce système d'alerte rapide doit être renforcé et amélioré.

Par conséquent, le Comité recommande que :

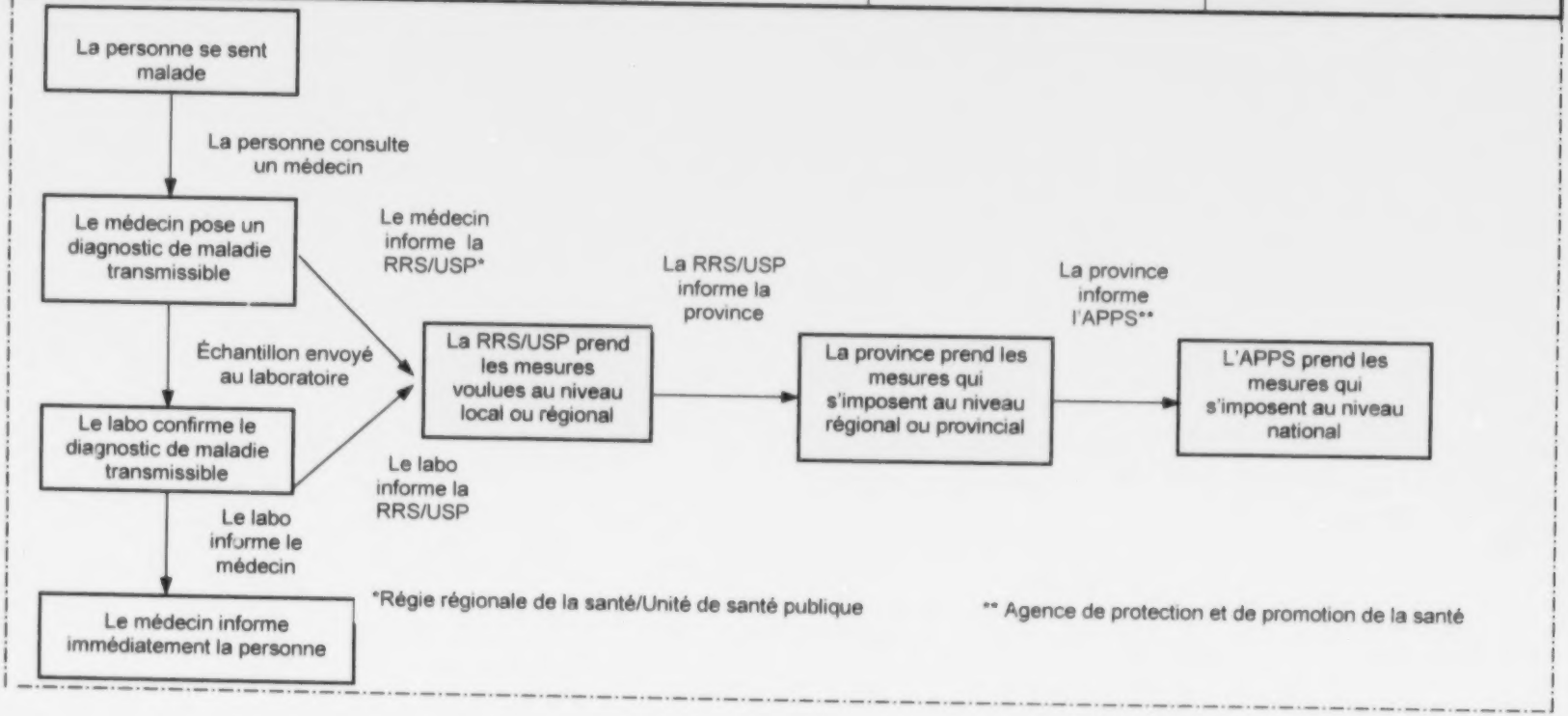
Qu'avec le concours de ses partenaires à l'étranger, l'Agence de protection et de promotion de la santé joue un rôle de chef de file dans la détection des maladies émergentes et les épidémies dans le monde, notamment grâce à l'amélioration du Réseau d'information sur la santé mondiale.

Que l'Agence de protection et de promotion favorise une plus grande participation du Canada à l'échelle internationale dans le domaine des maladies infectieuses émergentes et, surtout, lance des projets pour renforcer la capacité de surveillance et de gestion des épidémies des pays en développement.

Que l'Agence de protection et de promotion de la santé soit l'institution responsable des communications directes avec l'Organisation mondiale de la santé, le US CDC, d'autres organismes internationaux et instances gouvernementales. En cas d'épidémie, l'Agence devrait veiller à optimiser l'apprentissage mutuel en assurant une liaison efficace avec les organisations et les autorités responsables à l'étranger.

DIAGRAMME 1
Fonctionnement possible d'un système d'alerte médicale

Nature et niveau de risque	*LOCAL* Faible à modéré	*RÉGIONAL* Modéré à élevé	*PROVINCIAL* Élevé à haut	*NATIONAL* Haut à grave
Types de mesures possibles	• **Surveillance obligatoire** • **Quarantaine volontaire** • **Information du public**	**Mesures locales et :** • **Déploiement facultatif d'une équipe d'intervention nationale** • **Quarantaine volontaire/obligatoire**	**Mesures régionales et :** • **Déploiement de l'équipe d'intervention nationale** • **Quarantaine obligatoire** • **Limitation moyenne ou considérable des droits civils** • **Avis aux voyageurs**	**Mesures provinciales et :** • **Réglementation des voyages ou interdiction de voyager** • **Évacuation de personnes** • **Réquisition de biens**



CHAPITRE QUATRE :

IMMUNISATION ET PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

[...] l'évolution des profils de la mortalité et de la morbidité, des maladies transmissibles vers les maladies chroniques non transmissibles, a créé de nouveaux défis pour la pratique en santé publique[34].

Dans son rapport d'octobre 2002 (*Recommandations en vue d'une réforme*), le Comité a recommandé que le gouvernement fédéral contribue chaque année 125 millions de dollars à une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques[35]. Nous réitérons dans le présent chapitre notre demande d'une stratégie nationale. Nous appuyons aussi vivement la recommandation du Comité consultatif Naylor visant l'élaboration d'un programme national d'immunisation.

Dans son rapport d'octobre 2002 (*Recommandations en vue d'une réforme*), le Comité a recommandé que le gouvernement fédéral contribue chaque année 125 millions de dollars à une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques[1]. Nous réitérons dans le présent chapitre notre demande d'une stratégie nationale. Nous appuyons aussi vivement la recommandation du Comité consultatif Naylor visant l'élaboration d'un programme national d'immunisation.

4.1 Prévention des maladies chroniques

Les maladies chroniques sont la première cause de décès et d'invalidité au Canada et représentent la plus grande part du fardeau économique de la maladie. Dans *Recommandations en vue d'une réforme*, le Comité a indiqué qu'environ les deux tiers de l'ensemble des décès au Canada sont attribuables aux maladies chroniques suivantes : maladies cardiovasculaires (maladies du cœur et accidents vasculaires cérébraux), cancer, maladies respiratoires obstructives chroniques (bronchite et emphysème) et diabète. Plus précisément :

- Les maladies cardiovasculaires, y compris les coronaropathies et les accidents vasculaires cérébraux, sont responsables de 38 % de tous les décès enregistrés au Canada chaque année et elles sont l'une des principales causes d'hospitalisation.
- Le cancer est la deuxième cause de décès au Canada, intervenant pour 29 % dans le nombre total de décès et pour près du tiers des années potentielles de vie perdues.
- Les maladies respiratoires obstructives chroniques représentent la cinquième cause de décès au Canada et la seule en voie d'augmentation; l'asthme est la maladie respiratoire chronique la plus courante chez les enfants et la première

[34] Rapport Naylor, p. 47.

[35] Chapitre treize « Une politique publique « pro-santé » — La santé au-delà des soins de santé », volume six, *Recommandations en vue d'une réforme*, octobre 2002.

cause d'admission à l'hôpital et d'absentéisme scolaire chez les enfants au Canada.

- Plus d'un million de Canadiens sont aux prises avec le diabète; le diabète est une cause importante de maladies coronariennes, de cécité et d'amputations. Chez les Autochtones canadiens, la prévalence du diabète est trois fois plus élevée que chez le reste de la population. Au total, le diabète représente chaque année quelque 25 000 années potentielles de vies perdues[36].

Dans *Recommandations en vue d'une réforme*, le Comité a aussi insisté sur le fait que de nombreuses maladies chroniques sont dans une large mesure évitables

Dans *Recommandations en vue d'une réforme*, le Comité a aussi insisté sur le fait que de nombreuses maladies chroniques sont dans une large mesure évitables. De plus, de nombreuses maladies chroniques ont les mêmes causes. En effet, une mauvaise alimentation, le manque d'exercice, le tabagisme, le stress et la consommation excessive d'alcool (autant de comportements liés au mode de vie) sont reconnus comme les principaux facteurs de risque sociaux et comportementaux pour ces maladies. Ces facteurs de risque sont également souvent associés à d'autres troubles physiques ou physiologiques qui accroissent le risque de maladies chroniques, notamment l'excès de poids ou l'obésité, l'hypertension artérielle, un taux de cholestérol élevé (hypercholestérolémie) et l'intolérance au glucose (diabète). Si l'on parvenait à atténuer ou à éliminer ces facteurs de risque liés au mode de vie, on réduirait énormément la prévalence de ces maladies chroniques et le fardeau économique qu'elles représentent.

Le fait que la grande majorité des Canadiens sont exposés à l'un ou plusieurs des ces facteurs de risque courants donne à penser que l'état de santé général de la population pourrait être grandement amélioré si l'on mettait davantage l'accent sur la prévention des maladies chroniques tout en continuant de lutter contre les maladies infectieuses. À l'heure actuelle, divers organismes de santé nationaux, des gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral réalisent des mesures axées sur la prévention des maladies chroniques. Cependant, comme le Comité l'a souligné dans *Recommandations en vue d'une réforme*, ces mesures exigent une bien meilleure intégration et coordination.

Le Comité a recommandé que le gouvernement fédéral prenne les devants pour amorcer l'établissement d'une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques.

C'est pour ces raisons que le Comité a recommandé que le gouvernement fédéral prenne les devants pour amorcer l'établissement d'une stratégie nationale de prévention des maladies chroniques. Nous estimons en effet que le gouvernement fédéral doit agir comme chef de file, mais qu'il importe de coopérer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, le secteur privé et les partenaires bénévoles du secteur de la santé à l'élaboration de cette stratégie.

---

[36] La maladie mentale et la toxicomanie sont aussi de grandes préoccupations puisqu'elles constituent la deuxième cause d'invalidité au pays. Le Comité a entrepris une étude sur ces questions et a l'intention de publier un rapport en 2004.

De plus, le Comité a énuméré, dans *Recommandations en vue d'une réforme*, les éléments qui devraient composer la stratégie nationale de prévention des maladies chroniques soit : des activités d'éducation du public, des programmes de communication de masse, l'élaboration de politiques et des programmes d'application, un programme de recherche intégré et des systèmes améliorés de surveillance et de contrôle des maladies chroniques et des facteurs de risque connexes.

Le Comité estime que l'Agence de protection et de promotion de la santé dont il recommande la création au chapitre deux du présent rapport serait bien placée pour mener cette stratégie. Il est en accord sur ce plan avec le Comité consultatif Naylor qui recommande l'établissement d'une stratégie nationale de santé publique ainsi qu'un programme de partenariat, dont la direction serait confiée à la nouvelle Agence et qui viserait les maladies tant infectieuses que chroniques.

Par conséquent, le Comité recommande :

Que l'Agence de protection et de promotion de la santé, en collaboration avec les provinces et les territoires et de concert avec les principaux intervenants (y compris l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques du Canada), mette en œuvre une Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques.

Que la Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques prenne appui sur les mesures actuelles et en assure une meilleure intégration et coordination.

Que l'Agence de protection et de promotion de la santé verse chaque année 125 millions de dollars à la Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques.

Que le financement de la Stratégie s'inscrive dans le programme de transferts réservés de l'Agence conçu pour renforcer les capacités locales et régionales de protection et de promotion de la santé.

Que des objectifs précis soient fixés dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques. Les résultats de la Stratégie devront être évalués à intervalles réguliers par rapport à ces objectifs et les évaluations devront être rendues publiques.

4.2 Immunisation

Au début des années 1900, les maladies infectieuses étaient la principale cause de décès dans le monde entier. Maintenant, grâce aux mesures de protection de la santé comme la vaccination, l'hygiène, l'éducation en matière de santé publique et l'amélioration des conditions de vie, les maladies infectieuses sont responsables de moins de 5 % de tous les décès au Canada. C'est ce qui fait que les mesures de protection de la santé, en particulier la vaccination, figurent parmi les plus grandes réalisations du XX^{e} siècle dans le domaine des soins de santé.

La vaccination, une des principales activités de protection et de promotion de la santé, constitue l'une des mesures les plus rentables en prévention de la maladie puisqu'elle protège chez des millions d'enfants et d'adultes des maladies infectieuses débilitantes et invalidantes, voire fatales. La vaccination a permis d'éradiquer quelques-une des maladies pouvant être prévenues par un vaccin, comme la poliomyélite et la variole.

La vaccination, une des principales activités de protection et de promotion de la santé, constitue l'une des mesures les plus rentables en prévention de la maladie puisqu'elle protège chez des millions d'enfants et d'adultes des maladies infectieuses débilitantes et invalidantes, voire fatales.

Le Comité consultatif Naylor, ayant examiné un éventail de documents remontant aux années 90, a constaté de vastes écarts entre les lois et programmes des provinces et territoires relativement à l'immunisation et à la vaccination. Le rapport Naylor fait aussi état de certaines préoccupations concernant l'escalade des prix des vaccins, les problèmes de sécurité posés par certains vaccins, des preuves d'une inégalité grandissante dans l'accès à certains vaccins (particulièrement les plus récents) et l'irrégularité de l'enregistrement électronique des immunisations.

Au cours des dernières années, diverses formules ont été proposées en vue d'un programme national d'immunisation pouvant garantir l'administration de vaccins d'un bout à l'autre du pays, aux plus bas prix possibles grâce aux achats publics. Dans le budget de février 2003, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il verserait 45 millions de dollars sur cinq ans « pour l'élaboration d'une stratégie nationale d'immunisation »[37].

Cependant, d'après le rapport Naylor, ce nouveau montant de 45 millions de dollars « est très loin d'être suffisant pour servir de catalyseur à une stratégie nationale d'immunisation »[38]. Selon le Comité consultatif Naylor, il faudrait au moins 100 millions de dollars par an réservés à une revitalisation majeure de la stratégie nationale d'immunisation. En outre, il faudrait que les fonds réservés soient transférés à un seul organisme chargé des achats (p. ex., Travaux publics et Services gouvernementaux Canada), afin de renforcer le pouvoir d'achat de l'acquéreur des vaccins. Ces fonds serviront à acheter seulement les vaccins approuvés, particulièrement les nouveaux vaccins qui ne sont pas couverts par un régime public. Ils appuieront en outre un système d'information intégré permettant de suivre la couverture vaccinale au pays. Le rapport Naylor recommande que le gouvernement fédéral commence d'ici 12 à 18 mois à investir chaque année les 100 millions de dollars nécessaires à cet effet.

Le Comité souscrit entièrement à ces recommandations. Nous estimons qu'un programme national d'immunisation doit jouir d'un solide leadership fédéral, en plus d'une collaboration fédérale-provinciale-territoriale viable. Le Comité est conscient que certains

Nous estimons qu'un programme national d'immunisation doit jouir d'un solide leadership fédéral, en plus d'une collaboration fédérale-provinciale-territoriale viable.

[37] Ministère des Finances, *Le Plan budgétaire de 2003*, 18 février 2003, p. 85.
[38] Rapport Naylor, p. 91.

s'objecteront en faisant valoir qu'étant donné que la vaccination est une responsabilité provinciale, les programmes d'immunisation devraient relever exclusivement des provinces.

Le Comité est en total désaccord avec cette position. Des raisons évidentes sous-tendent cette position, plus particulièrement le fait que les maladies infectieuses ne connaissent pas de limites provinciales ou nationales. Deuxièmement, les nouveaux vaccins ne sont pas bon marché, mais un programme national d'achat [39] réduira considérablement le coût de l'unité. Troisièmement, il faut administrer les vaccins dans le cadre de programmes à grande échelle pour obtenir une rentabilité maximale.

Par conséquent, le Comité reprend à son compte la recommandation du Comité consultatif Naylor, soit :

> **Que le gouvernement fédéral, par l'entremise de l'Agence de protection et de promotion de la santé, commence d'ici 12 à 18 mois à investir 100 millions de dollars par an afin de réaliser le Programme national d'immunisation; dans le cadre de ce Programme, le gouvernement fédéral achètera les nouveaux vaccins approuvés afin de répondre aux besoins des provinces et des territoires, soutiendra un système intégré d'information afin d'assurer le suivi de la couverture vaccinale et des réactions négatives aux vaccins grâce à un financement accru de la surveillance et à l'imposition d'une exigence de déclaration obligatoire et affectera des fonds à la recherche sur les possibles effets nocifs à long terme des vaccins.**

[39] Il importe de souligner que la distribution des vaccins reste une responsabilité provinciale et territoriale.

CHAPITRE CINQ :

RÉFORME FINANCIÈRE : UNE APPROCHE PROGRESSIVE

La capacité du Canada de contenir une épidémie ne pourra être supérieure au plus faible maillon de la structure de contrôle des maladies et de protection de la santé[40].

Le rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique a rendu public au début d'octobre. Le Comité pense, comme tous les témoins, que le gouvernement fédéral ne peut laisser dormir ce rapport sur une tablette. Au terme de leur réunion à Halifax, le 4 septembre 2003, tous les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont convenu de faire de l'amélioration des activités de protection de la santé d'un bout à l'autre du pays leur principale priorité. Le Comité croit fermement que le gouvernement fédéral doit élaborer un plan pour donner suite aux recommandations du rapport Naylor et créer une infrastructure de protection et de promotion de la santé solide et bien outillée, dotée d'une capacité d'appoint adéquate et d'un nombre suffisant de professionnels hautement qualifiés.

Des mesures s'imposent immédiatement. Cependant, le gouvernement fédéral doit fournir non seulement des fonds considérables mais aussi un leadership. L'une des leçons retenues par le Comité à la suite de son examen des autres pays étudiés aux fins de la préparation du présent rapport, est que le gouvernement central doit absolument fournir des fonds et une direction pour optimiser les programmes, uniformiser les normes et assurer l' équité des services partout au pays. Le présent chapitre précise le financement fédéral additionnel nécessaire au Canada et établit un échéancier.

5.1 Dépenses fédérales recommandées dans le rapport Naylor

D'après le rapport Naylor, pour établir une infrastructure de protection et de promotion de la santé qui est solide, adaptée et efficace et intervient au moment voulu, le gouvernement fédéral devra, d'ici l'exercice 2007-2008, investir environ 1 milliard de dollars par année. Comme le montre le tableau ci-dessous, cette somme serait composée des dépenses fédérales *actuelles*, qui s'élèvent à quelque 300 millions de dollars, ainsi que de fonds fédéraux *additionnels* atteignant 700 millions de dollars.

Les 300 millions de dollars existants seront *transférés* de Santé Canada à la nouvelle Agence dont la création est proposée au chapitre deux. À l'heure actuelle, ces fonds servent aux activités de protection et de promotion de la santé du ministère et couvrent la majeure partie des fonctions de base de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP).

D'après le rapport Naylor, il faut un investissement supplémentaire de la part du gouvernement fédéral afin de revitaliser la protection et la promotion de la santé au

[40] Dr David Naylor, *Délibérations.*

Canada. Il recommande que ces fonds fédéraux supplémentaires augmentent graduellement au cours des prochaines années pour atteindre 700 millions de dollars d'ici l'exercice 2007-2008. De l'avis du Comité consultatif Naylor, ce montant n'est pas irréaliste, puisque « c'est ce que les gouvernements F/P/T consacrent actuellement aux services individuels de santé au Canada entre le lundi et le mercredi de chaque semaine »[41]. De plus, lors de son témoignage devant le Comité, le Dr Naylor a insisté sur le fait qu'il s'agit, dans les circonstances, de l'investissement *minimum* à faire. Le Comité est parfaitement d'accord compte tenu du coût en termes de vies et de maladies, ainsi que des répercussions économiques des mesures imparfaites de protection de la santé (p. ex., lors de la crise du SRAS à Toronto).

LE COMITÉ CONSULTATIF NAYLOR : RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES DÉPENSES FÉDÉRALES

Initiative	Fonds (en millions de dollars)		Échéancier proposé
	Nouveaux	Existants	
Nouvelle Agence nationale : ▪ Capacité existante à Santé Canada ▪ Fonctions de base accrues	200 $	300 $	Atteindre 200 millions de dollars au cours des trois à cinq prochaines années
Transferts de fonds réservés en vue de capacités locales et régionales (protection et promotion de la santé et prévention des maladies infectieuses et chroniques)	300 $		Programme de partenariat en santé publique : le financement augmentera au cours des deux à trois prochaines années pour atteindre 300 millions de dollars par année
Transferts réservés à la surveillance des maladies transmissibles	100 $		Commenceront immédiatement à un niveau inférieur et augmenteront au cours des deux à trois prochaines années
Immunisation	100 $		À réaliser au cours des 12 à 18 prochains mois
Total	700	300 $	

Source : Rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique.

De ces 700 millions de dollars, quelque 200 millions seront attribués à la nouvelle Agence afin d'accroître ses fonctions de base. Ce montant servira notamment aux fins suivantes : améliorer les systèmes nationaux de surveillance des maladies (15 millions);

[41] Rapport Naylor, p. 12.

élaborer une stratégie nationale de santé publique (5 millions); améliorer la préparation et l'intervention en cas d'urgence sanitaire (10 millions); créer des équipes d'intervention en cas d'épidémie et renforcer la capacité d'appoint (10 millions); créer un nouveau réseau pour la lutte contre les maladies transmissibles (50 millions); accroître les ressources humaines (25 millions); augmenter les fonds de recherche (25 millions); améliorer la protection et la promotion dans les domaines de la santé environnementale, de la santé mentale et de la prévention des blessures (30 millions). Ces sommes, qui totalisent en fait 170 millions de dollars par année en dépenses fédérales supplémentaires, augmenteront graduellement pour atteindre 200 millions de dollars par année d'ici trois à cinq ans.

Les autres 500 millions de dollars en fonds fédéraux supplémentaires serviront aux dépenses suivantes : transferts réservés pour renforcer les capacités locales et régionales de protection et de promotion de la santé (300 millions); transferts réservés pour accroître la surveillance des maladies transmissibles (100 millions); financement d'une stratégie nationale d'immunisation (5 millions de dollars).

Comme le souligne clairement le rapport Naylor, il n'est pas nécessaire que tous les fonds fédéraux supplémentaires soient nouveaux. Une partie de ces fonds pourra provenir de programmes et de projets existants (p. ex., l'Inforoute Santé du Canada Inc., Développement des ressources humaines Canada, etc.).

De plus, le Comité consultatif Naylor suppose que les gouvernements provinciaux et territoriaux augmenteront aussi leur participation à la protection et à la promotion de la santé au cours des prochaines années afin de mettre sur pied une solide infrastructure nationale jouissant de l'appui de tous les ordres de gouvernement.

Le rapport Naylor se penche aussi sur le Programme de subventions et de contributions (S et C) que gère actuellement la DGSPSP. En vertu de ce programme, dont le budget annuel s'élève à quelque 200 millions de dollars, la DGSPSP finance des projets menés par des organisations non gouvernementales (ONG) partout au pays. Ces projets couvrent tout un éventail de sujets qui vont des maladies transmissibles et non transmissibles au bien-être, à la vie saine et au vieillissement en santé. Bien que nombre de ces projets soient utiles puisqu'ils permettent manifestement de réaliser les objectifs stratégiques de la DGSPSP, le Comité consultatif Naylor a entendu des points de vue contradictoires concernant la valeur du programme de S et C en ce qui concerne les objectifs stratégiques et le mandat de la DGSPSP. Des préoccupations ont également été formulées concernant la politicisation du programme et l'ampleur des transferts offerts à certaines ONG. Mais surtout, le rapport du vérificateur général de septembre 2001 a souligné des problèmes dans le processus de gestion des projets du programme de S et C.

Ces raisons expliquent pourquoi le Comité consultatif Naylor recommande que le programme de S et C soit examiné et que l'utilisation des subventions et contributions soit *très* clairement harmonisée avec le mandat et les objectifs de la nouvelle agence proposée. De plus, le rapport Naylor propose que le financement du programme de S et C soit intégré au budget de la nouvelle Agence.

Quand il a comparu devant le Comité, le Dr Naylor a déclaré que la première priorité de financement du gouvernement fédéral devra être de se préparer à la prochaine saison hivernale de virus respiratoires. La première étape sera l'élaboration de directives, de lignes directrices et de protocoles concernant le SRAS à l'intention des hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel de première ligne. De l'avis du Dr Naylor, ces précautions permettront d'éviter de fausses alertes au SRAS qui pourraient être dévastatrices.

La deuxième priorité, toujours selon le témoignage du Dr Naylor, se présente en deux volets : entreprendre la création de la nouvelle Agence et élaborer un meilleur système de surveillance des maladies infectieuses, assorti d'une meilleure coordination entre gouvernements et établissements. La troisième priorité sera l'élaboration d'un réseau de lutte contre les maladies transmissibles. À long terme, il faudra aussi réviser la législation afin d'harmoniser et d'améliorer les dispositions législatives fédérales et provinciales concernant les urgences sanitaires.

5.2 Dépenses fédérales recommandées par le Comité

Le Comité approuve entièrement les recommandations du rapport Naylor visant le transfert de ressources financières et humaines existantes de la DGSPSP à l'Agence décrite au chapitre deux, ainsi que la demande de fonds fédéraux supplémentaires pour l'infrastructure de protection et de promotion de la santé. Toutes les régions du Canada pourront ainsi fournir un niveau suffisant de protection et de promotion de la santé en période normale et compter sur une capacité d'appoint fédérale en période de crise. Nous pensons, comme le Dr Naylor, que le gouvernement fédéral doit commencer dès maintenant à planifier afin de pouvoir consacrer à long terme un total d'environ 1 milliard de dollars par année à la protection et à la promotion de la santé.

Le Comité approuve entièrement les recommandations du rapport Naylor visant le transfert de ressources financières et humaines existantes de la DGSPSP à l'Agence décrite au chapitre deux, ainsi que la demande de fonds fédéraux supplémentaires pour l'infrastructure de protection et de promotion de la santé.. . Les fonds fédéraux supplémentaires destinés à la protection et à la promotion de la santé devront, quand c'est possible, provenir de sources existantes.

Cependant, le Comité estime que cet investissement doit se faire d'une façon *responsable sur le plan financier*. Par conséquent, les fonds fédéraux supplémentaires destinés à la protection et à la promotion de la santé devront, quand c'est possible, provenir de sources existantes. De plus, nous estimons que les fonds servant au Programme de S et C à la DGSPSP devront être intégrés au budget de la nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé. Celle-ci sera ainsi pourvue de fonds supplémentaires considérables provenant de dépenses fédérales *existantes*. Nous convenons aussi avec le Comité consultatif Naylor que le programme de S et C doit être très soigneusement étudié pour faire en sorte que seuls les projets favorisant l'optimisation des ressources et pouvant manifestement contribuer à la réalisation des objectifs stratégiques de la nouvelle Agence continuent de recevoir des fonds fédéraux.

Par conséquent, le Comité recommande :

Que, d'ici la fin de 2004, la priorité en matière de dépenses fédérales en protection et promotion de la santé soit accordée aux douze (12) initiatives suivantes :

- **la création du Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé qui entraînera la mise sur pied de l'Agence de protection et de promotion de la santé (trois mois);**
- **la création par décret de l'Agence de protection et de promotion de la santé avant la fin de l'exercice en cours (quatre mois);**
- **l'élaboration de directives, de lignes de conduite et de protocoles pour les tests pouvant aider les professionnels de la santé, les hôpitaux et les laboratoires à se préparer à la prochaine saison de virus respiratoires (trois mois);**
- **un premier investissement afin de faciliter la prise immédiate de mesures pour se préparer à un retour éventuel du SRAS pendant la saison hivernale de maladies respiratoires (trois à six mois);**
- **d'autres investissements dans la surveillance et le contrôle des maladies infectieuses afin d'accroître la capacité de surveillance, d'abord à l'échelon local et régional (12 mois);**
- **un examen F/P/T de la capacité et des protocoles des laboratoires de santé publique afin que ceux-ci interviennent de façon efficace et en coopération lors d'une flambée de maladie infectieuse grave (12 mois);**
- **une réunion de la Conférence F/P/T des sous-ministres de la Santé afin d'amorcer les discussions sur un nouveau réseau de contrôle des maladies transmissibles (trois mois);**
- **en une première étape, l'accroissement des inscriptions dans les actuels programmes universitaires et collégiaux dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé; ensuite, l'établissement de l'École virtuelle de santé publique (12 mois);**
- **la mise en œuvre du Programme national d'immunisation (12 mois);**
- **les négociations F/P/T sur la création du Système d'alerte médicale (12 mois);**
- **le début des négociations avec Inforoute Santé du Canada Inc. afin d'établir la technologie de l'information voulue pour améliorer les systèmes de surveillance et de communication (12 mois);**
- **le début du transfert des ressources matérielles et humaines de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique à l'Agence de protection et de promotion de la santé (12 mois).**

Cette série de recommandations indique clairement la nécessité de faire de la protection et de la promotion de la santé une priorité dans le prochain budget fédéral.

Tableau 1
Sommaire du Plan d'action du Comité

	D'ici 3 mois	D'ici 6 mois	D'ici 12 mois
Surveillance et contrôle des maladies infectieuses	• Se préparer en vue de la prochaine saison des virus respiratoires • Réunion F/P/T au sujet d'un nouveau réseau de contrôle des maladies à déclaration obligatoire	• Investissement pour faciliter les préparatifs immédiats en vue d'une possible réapparition du SRAS	• Investir davantage pour accroître les capacités au niveau local et régional
Agence de protection et de promotion de la santé	• Établir le Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé	• Créer l'Agence de protection et de promotion de la santé par décret du conseil d'ici la fin de l'exercice en cours (31 mars 2004)	• Entreprendre le transfert des ressources matérielles et humaines de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique à l'Agence de protection et de promotion de la santé
Autres programmes et infrastructure		• Accroître le nombre d'inscriptions dans les programmes actuellement offerts par les universités et les collèges communautaires dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé	• Établir le Programme national d'immunisation • Créer le système d'alerte médicale • Examen F/P/T des laboratoires de santé publique • Entreprendre les négociations avec Inforoute Santé Canada • Amorcer l'établissement de l'École virtuelle de santé publique

CONCLUSION

Tout au long du présent rapport, le Comité a indiqué qu'il appuie de tout cœur pratiquement toutes les recommandations du rapport Naylor. De plus, bon nombre d'entre elles reprennent essentiellement les recommandations présentées dans une étude gouvernementale faite il y a dix ans, lesquelles reflètent les recommandations contenues dans un rapport qu'un groupe de travail F/P/T a produit il y de cela sept ans. Les témoins ont eux aussi exprimé un fort appui aux conclusions et recommandations du rapport Naylor. *Le Comité est absolument convaincu que le temps de l'étude est terminé et que le temps d'agir est arrivé.*

Voilà pourquoi, à la fin du chapitre cinq, le Comité propose un échéancier précis — un chemin critique — pour la mise en œuvre des principales recommandations du rapport Naylor. Selon nous, toutes ces mesures peuvent être mises en œuvre sans attendre l'approbation d'un autre niveau de gouvernement dans les limites de l'échéancier proposé.

À la fin du chapitre cinq, le Comité propose un échéancier précis – un chemin critique – pour la mise en œuvre des principales recommandations du rapport Naylor. Selon nous, toutes ces mesures peuvent être mises en œuvre sans attendre l'approbation d'un autre niveau de gouvernement dans les limites de l'échéancier proposé.

Même si l'on s'accorde généralement à reconnaître qu'il faut rapidement mettre en œuvre ces recommandations, le Comité sait que des obstacles risquent néanmoins de nuire à leur réalisation. Par exemple :

- Il se peut très bien qu'une résistance se manifeste à l'égard de la réduction de la taille de Santé Canada si la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique — avec tous ses employés et ses budgets — passe à un organisme indépendant. La création de l'Agence canadienne d'inspection des aliments a suscité le même genre de réserves chez les ressources humaines, mais il a finalement été possible d'apaiser les craintes.
- Malgré les obligations internationales du gouvernement fédéral, certains hauts fonctionnaires et politiciens pourront montrer de la réticence à appuyer le déploiement d'employés fédéraux à l'échelle du pays à des fins de surveillance des maladies, du fait que la collecte de données est un enjeu provincial ou local. Or, nous estimons que le déploiement d'épidémiologistes fédéraux ou d'autres professionnels de la santé publique favorisera une action rapide et coordonnée lorsqu'elle est nécessaire, sans compromettre les rôles et les responsabilités des gouvernements provinciaux.
- Les organismes qui reçoivent actuellement des fonds de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, dans le cadre du Programme de subventions et de contributions, sont susceptibles de réagir si leurs subventions/contributions sont réduites ou même éliminées quand la nouvelle Agence cherchera à obtenir la valeur maximale pour les fonds dépensés.
- Des particuliers du milieu de la recherche risque d'être mécontents du fait que l'Agence impartisse certains projets de recherche au lieu d'affecter les fonds par le biais des IRSC.

Or, il est possible de surmonter ces éventuels désaccords à l'égard des mesures dont le Comité propose l'adoption par le gouvernement fédéral d'ici la fin de 2004, si ce dernier est aussi convaincu que le Comité qu'il est temps d'agir *maintenant.* Il suffit d'un élément essentiel, c'est-à-dire *de leadership politique décisif.*

Si le gouvernement fédéral ne met pas en œuvre les mesures proposées, les Canadiens n'auront d'autre choix que de conclure que ce dernier ne peut pas ou ne veut pas appliquer un vigoureux programme de protection et de promotion de la santé afin de faire de la prévention de la maladie au Canada une priorité aussi élevée que le traitement des Canadiens qui sont déjà malades. La population canadienne saura donc, d'ici la fin de l'année prochaine, quelle priorité le gouvernement fédéral a accordée aux recommandations du rapport Naylor et à la protection et à la promotion de la santé.

Le Comité propose l'adoption par le gouvernement fédéral d'ici la fin de 2004, si ce dernier est aussi convaincu que le Comité qu'il est temps d'agir *maintenant.* Il suffit d'un élément essentiel, c'est-à-dire *de leadership politique décisif...* Si le gouvernement fédéral ne met pas en œuvre les mesures proposées, les Canadiens n'auront d'autre choix que de conclure que ce dernier ne peut pas ou ne veut pas appliquer un vigoureux programme de protection et de promotion de la santé afin de faire de la prévention de la maladie au Canada une priorité aussi élevée que le traitement des Canadiens qui sont déjà malades.

À la fin de l'automne 2004, le Comité a l'intention de demander au ministre de la Santé de comparaître lors d'une audience publique et de lui faire rapport, au Comité mais surtout à l'ensemble de la population, de ce que le gouvernement fédéral aura fait pour réaliser les mesures dont le Comité a recommandé l'application.

ANNEXE A

LISTE DE RECOMMANDATIONS PAR CHAPITRE

Le Comité recommande :

CHAPITRE DEUX

Qu'une nouvelle agence, appelée l'Agence de protection et de promotion de la santé (APPS), soit créée et que la direction en soit confiée au médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection de promotion de la santé au Canada. L'APPS sera un organisme de services créé par voie législative et fera rapport au ministre fédéral de la Santé.

Que le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé au Canada soit nommé par le ministre fédéral de la Santé et soit un professionnel de la santé.

Que le ministre constitue aussi un Office de protection et de promotion de la santé chargé de recevoir les rapports transmis par le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé à intervalle régulier. Cet Office devra être présidé par quelqu'un d'autre que le médecin-hygiéniste en chef responsable de la protection et de la promotion de la santé.

Pour permettre la participation soutenue des provinces et des territoires et faire en sorte que l'APPS ait accès aux meilleurs avis scientifiques possibles, qu'un Conseil consultatif regroupant les médecins-hygiénistes en chef des provinces et territoires soit créé. Le Conseil consultatif devra aussi participer à l'élaboration par l'APPS d'une stratégie globale de développement des ressources humaines.

Le mandat de l'APPS consistera notamment à :

a. **travailler de concert avec les autorités provinciales et territoriales pour élaborer une vision à long terme cohérente en matière de protection et de promotion de la santé au Canada et élaborer un plan pour en concrétiser la réalisation;**
b. **collaborer avec les organismes provinciaux déjà en place (comme le B.C. Centre for Disease Control et l'Institut national de santé publique du Québec) et faire en sorte de stimuler la mise en œuvre d'initiatives globales semblables dans les régions du pays où il n'y en a pas;**
c. **veiller à ce que le Canada respecte toutes ses obligations internationales en matière de protection de la santé;**
d. **améliorer la surveillance et le contrôle des maladies au Canada;**
e. **orienter les efforts fédéraux de façon à ce que le pays soit prêt à faire face aux urgences sanitaires et collaborer étroitement avec les autorités provinciales et territoriales de façon que toutes les régions du pays disposent d'une capacité d'intervention suffisante;**

f. orienter l'activité fédérale visant à améliorer tous les aspects de l'infrastructure de protection et de promotion de la santé d'un bout à l'autre du pays;
g. promouvoir activement la santé des Canadiens et surtout concevoir et mettre en œuvre une Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques de même qu'un Programme national d'immunisation.

Qu'un Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé pour l'Agence de protection et de promotion de la santé soit constitué dès que possible, par un décret du Conseil, au besoin. Le Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé devra mettre en place l'APPS d'ici la fin de l'exercice en cours (31 mars 2004). Il sera autorisé à travailler de concert avec Santé Canada pour transférer les ressources et le personnel de l'actuelle Direction générale de la santé de la population et de la santé publique de Santé Canada, qui formeront le noyau initial de l'APPS. Le Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé s'attellera à la tâche de trouver des candidats aptes à diriger l'APPS et fera une recommandation au ministre fédéral de la Santé à cet égard.

CHAPITRE TROIS

Que le gouvernement fédéral établisse, sous l'égide d'une nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé, un Fonds de contrôle des maladies transmissibles, qui servira à aider les provinces et les territoires à renforcer leurs capacités de surveillance et de contrôle des maladies. Il faudra commencer immédiatement à puiser dans ce fonds pour financer les préparatifs en vue de la prochaine saison de la grippe.

Que le travail de renforcement de l'infrastructure F/P/T actuelle pour assurer la mise en place d'un réseau global permettant de faire le lien entre les activités de surveillance et de contrôle des maladies d'un territoire de compétences à l'autre, soit amorcé sans délai.

Que la nouvelle Agence de protection et de promotion de la santé accorde la priorité à la surveillance des maladies infectieuses et travaille en étroite collaboration avec le nouveau réseau F/P/T pour renforcer les capacités à cet égard. Elle devra aussi s'attaquer à la création à plus long terme d'un système national global de surveillance des maladies.

Que des efforts soient consacrés de toute urgence à la conclusion d'un protocole d'entente entre les différents paliers de gouvernement sur les procédures administratives et les protocoles à suivre pour assurer dès maintenant une plus grande collaboration en matière de surveillance et de contrôle des maladies.

Que le gouvernement fédéral prenne la responsabilité de déployer des épidémiologistes d'intervention fédéraux dans chaque région du pays, en nombre suffisant pour qu'ils puissent être efficacement envoyés là où leurs services sont requis pour aider à faire face à une urgence sanitaire.

Que l'APPS élabore en priorité un protocole d'entente avec chaque province et territoire sur la mise en œuvre d'un système d'alerte médicale. Comme première étape, il faudrait s'entendre sans délai sur la déclaration des épidémies de maladies infectieuses.

Que Développement des ressources humaines Canada, dans le cadre de son étude du secteur des ressources humaines menée auprès des médecins et des infirmières au Canada, se penche tout particulièrement sur les besoins actuels et futurs en matière de professionnels de la santé dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé.

Que le gouvernement fédéral agisse dès maintenant pour encourager l'élaboration de programmes de formation en cours d'emploi afin d'aider les professionnels de la santé à acquérir les compétences nécessaires en protection de la santé.

Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et de concert avec les universités et les collèges communautaires, amorce des discussions sur la création d'une École virtuelle de santé publique.

Que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, amorce d'urgence un examen pour s'assurer que les laboratoires de santé publique disposent de la capacité et des protocoles appropriés pour intervenir de façon efficace et coopérative lors de la prochaine épidémie importante de maladie infectieuse.

Que le gouvernement fédéral amorce immédiatement des négociations avec Inforoute Santé du Canada Inc. afin d'établir la technologie de l'information nécessaire pour améliorer les systèmes tant de surveillance que de communication.

Qu'avec le concours de ses partenaires à l'étranger, l'Agence de protection et de promotion de la santé joue un rôle de chef de file dans la détection des maladies émergentes et les épidémies dans le monde, notamment grâce à l'amélioration du Réseau d'information sur la santé mondiale.

Que l'Agence de protection et de promotion favorise une plus grande participation du Canada à l'échelle internationale dans le domaine des maladies infectieuses émergentes et, surtout, lance des projets pour renforcer la capacité de surveillance et de gestion des épidémies des pays en développement.

Que l'Agence de protection et de promotion de la santé soit l'institution responsable des communications directes avec l'Organisation mondiale de la santé, le US CDC, d'autres organismes internationaux et instances gouvernementales. En cas d'épidémie, l'Agence devrait veiller à optimiser l'apprentissage mutuel en assurant une liaison efficace avec les organisations et les autorités responsables à l'étranger.

CHAPITRE QUATRE

Que l'Agence de protection et de promotion de la santé, en collaboration avec les provinces et les territoires et de concert avec les principaux intervenants (y compris l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques du Canada), mette en œuvre une Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques.

Que la Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques prenne appui sur les mesures actuelles et en assure une meilleure intégration et coordination.

Que l'Agence de protection et de promotion de la santé verse chaque année 125 millions de dollars à la Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques.

Que le financement de la Stratégie s'inscrive dans le programme de transferts réservés de l'Agence conçu pour renforcer les capacités locales et régionales de protection et de promotion de la santé.

Que des objectifs précis soient fixés dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention des maladies chroniques. Les résultats de la Stratégie pourront être évalués à intervalles réguliers par rapport à ces objectifs et les évaluations pourront être rendues publiques.

Que le gouvernement fédéral, par l'entremise de l'Agence de protection et de promotion de la santé, commence d'ici 12 à 18 mois à investir 100 millions de dollars par an afin de réaliser le Programme national d'immunisation; dans le cadre de ce Programme, le gouvernement fédéral achètera les nouveaux vaccins approuvés afin de répondre aux besoins des provinces et des territoires, soutiendra un système intégré d'information afin d'assurer le suivi de la couverture vaccinale et des réactions négatives aux vaccins grâce à un financement accru de la surveillance et à l'imposition d'une exigence de déclaration obligatoire et affectera des fonds à la recherche sur les possibles effets nocifs à long terme des vaccins.

CHAPITRE CINQ

Que, d'ici la fin de 2004, la priorité en matière de dépenses fédérales en protection et promotion de la santé soit accordée aux douze (12) initiatives suivantes :

- **la création du Bureau provisoire de protection et de promotion de la santé qui entraînera la mise sur pied de l'Agence de protection et de promotion de la santé (trois mois);**

- la création par décret de l'Agence de protection et de promotion de la santé avant la fin de l'exercice en cours (quatre mois);
- l'élaboration de directives, de lignes de conduite et de protocoles pour les tests pouvant aider les professionnels de la santé, les hôpitaux et les laboratoires à se préparer à la prochaine saison de virus respiratoires (trois mois);
- un premier investissement afin de faciliter la prise immédiate de mesures pour se préparer à un retour éventuel du SRAS pendant la saison hivernale de maladies respiratoires (trois à six mois);
- d'autres investissements dans la surveillance et le contrôle des maladies infectieuses afin d'accroître la capacité de surveillance, d'abord à l'échelon local et régional (12 mois);
- un examen F/P/T de la capacité et des protocoles des laboratoires de santé publique afin que ceux-ci interviennent de façon efficace et en coopération lors d'une flambée de maladie infectieuse grave (12 mois);
- une réunion de la Conférence F/P/T des sous-ministres de la Santé afin d'amorcer les discussions sur un nouveau réseau de contrôle des maladies transmissibles (trois mois);
- en une première étape, l'accroissement des inscriptions dans les actuels programmes universitaires et collégiaux dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé; ensuite, l'établissement de l'École virtuelle de santé publique (12 mois);
- la mise en œuvre du Programme national d'immunisation (12 mois);
- les négociations F/P/T sur la création du Système d'alerte médicale (12 mois);
- le début des négociations avec Inforoute Santé du Canada Inc. afin d'établir la technologie de l'information voulue pour améliorer les systèmes de surveillance et de communication (12 mois);
- le début du transfert des ressources matérielles et humaines de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique à l'Agence de protection et de promotion de la santé (12 mois).

ANNEXE B

LISTE DES TÉMOINS

(2e session, 37e législature)

NOM	ORGANISATION	DATE DE COMPARUTION
James Harlick, *sous-ministre adjoint*	Du Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile	17 septembre 2003
Gary O'Bright, *directeur général opérations*	Du Bureau de la protection des infrastructures essentielles et de la protection civile	17 septembre 2003
Scott Broughton, *sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique*	De Santé Canada	17 septembre 2003
Paul Gully, *directeur général principal, Direction générale de la santé de la population et de la satné publique*	De Santé Canada	17 septembre 2003
David Mowat, *directeur général, Centre de coordination de la surveillance*	De Santé Canada	17 septembre 2003
Andrew Marsland, *sous-ministre adjoint intérimaire, Direction générale des services à l'industrie et aux marchée*	D'Agriculture et Agroalimentaire Canada	18 septembre 2003
Gilles Lavoie, *directeur général principal, Opérations, Directeur générale des services à l'industrie et aux marchés*	D'Agriculture et Agroalimentaire Canada	18 septembre 2003
Judith Bossé, *vice-présidente, Science*	De l'Agence canadienne d'inspection des aliments	18 septembre 2003
Docteur Karen Dodds, *directrice générale, Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments*	De Santé Canada	18 septembre 2003

Mohamed Karmali, *directeur général, Laboratoire de lutte contre les Zoonoses, Direction général de la satué de la population et de la santé publique*	De Santé Canada	24 septembre 2003*
Frank Plummer *directeur des programmes scientifiques, Laboratoire national de microbiologie*	De Santé Canada	24 septembre 2003
Paul Kitching, *directeur, Laboratoire de Winnipeg (Arlington)*	De l'Agence canadienne d'inspection des aliments	24 septembre 2003
Judith Bossé, *vice-présidente, Science*	De l'Agence canadienne d'inspection des aliments	24 septembre 2003
Docteur David Butler-Jones, *ancien médecin hygiéniste en chef pour la Saskatchewan*	À titre personnel	25 septembre 2003
Docteur Colin D'Cunha, *commissaire de la Santé, médecin hygiéniste en chef et sous-ministre adjoint*	Du ministère de la Santé et des soins de long durée Ontario	25 septembre 2003
Docteur Irchad Massé, *président-directeur général,*	De l'Institut national de santé publique du Québec	25 septembre 2003
Ron Zapp, *directeur exécutif provincial*	Du British Columbia Centre for Disease Control	25 septembre 2003
Docteure Christina Mills, *présidente*	De l'Association canadienne santé publique	1 octobre 2003
Docteur Joseph Losos, *directeur, Institut de recherche sur la santé des populations*	De l'Université d'Ottawa	1 octobre 2003
Docteure Elinor Wilson, *co-présidente*	De la Coalition canadienne pour la santé publique au XX1e siècle	2 octobre 2003
Docteure Maureen Law, *membre*	De la Coalition canadienne pour la santé publique au XX1e siècle	2 octobre 2003
Rob Calnan, *président*	De l'Association des infirmières et infirmiers du Canada	8 octobre 2003**
Docteur Sunil Patel, *président*	De l'Association médicale canadienne	8 octobre 2003
Docteur Isra Levy, *directeur, Bureau de la santé publique*	De l'Association médicale canadienne	8 octobre 2003

Bill Tholl, *directeur général et secrétaire général*	De l'Association médicale canadienne	8 octobre 2003
Docteur John Frank, *professeur, Département des sciences de la santé publique, Faculté de médecine*	De l'Université de Toronto	8 octobre 2003
Docteur David Naylor, *doyen, Faculté de médecine*	De l'Université de Toronto	9 octobre 2003**
Docteur James Hughes, *directeur, National Centre for Infectious Diseases*	Du U.S. Centers for Disease Control and Prevention	22 octobre 2003

* Mission d'étude
** Mission d'étude et audience publique

❖ ❖ ❖

AUTRE MÉMOIRES REÇUS

Ken Thomson, president, Hub Team
Duane Landals, BscAG, DVM, président, L'Association canadienne des médecins vétérinaires